SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)**
**REGIONAL QUINDÍO**
**CENTRO PARA EL DESARROLLO TECNOLOGICO DE LA CONSTRUCCION FP**
**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**
**Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **63** |
| **Código Centro** | **923110** |
| **Fecha Elaboración** | **Abril de 2021** |
| **Versión** | **ENERO 2021 - 1,21** |
| **ID de Proceso** | **35432-200057** |
| **No. de documento** | **55308** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | LEONARDO FABIO MONTOYA CIFUENTES | **C.C.** | 9.735.384 | **IP/Nº de contacto** | 3217082283 |
| **Correo electrónico contratista:** | lemontoyac@sena.edu.co | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Pertenece al régimen simple de tributación?** | NO | **Es declarante de renta?** | NO | **Es Pensionado?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000** | NO | **Inducción SST** | SI | **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** | | SI | |
| **Banco al cual consignar:** | BANCOLOMBIA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 6933074976 | |
| **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 2021 supera los $ 119´806.000** | | NO | | | |

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 2181863/2021 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **3521** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 32.520.533 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 24.898.533 | **3** | **Del** | **01/04/2021** | **Al** | **30/04/2021** | **$ 3.811.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 21.087.533 | | Comisiones | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O VIRTUAL CONFORME A LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS EN EL CENTRO_NIS_2021-02-016917

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.811.000 | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 3.811.000** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.246.475** | **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** | ---------- | **49646642** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.524.400 | $ 1.524.400 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 190.600 | $ 190.600 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 244.000 | $ 244.000 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL V | $ - | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800 | $ - | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Dependientes hasta $ 1.161.856 | $ 381.100 | |
| Salud hasta $ 580.928 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 8.713.920 | $ 748.825 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.246.475,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 3.376.400,00 | |
| 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 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 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** | **$ 3.811.000,00** | |

**SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS ONCE MIL PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Planeación y orientación de las Actividades de Enseñanza – Aprendizaje- Evaluación para los programas de formación
Ejecutar la formación profesional integral de acuerdo con el diseño curricular y proyecto formativo de los programas relacionados con su perfil
Emisión de Juicios evaluativos en plataforma Sofia-plus y correos enviados a la coordinación académica con los juicios evaluativos
Aplicar según la modalidad y nivel de formación, estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación de acuerdo a los line amientos pedagógicos y metodológicos de la entidad.
Aplicar y hacer cumplir el reglamento del aprendiz, así como el manual de convivencia del Centro de Formación.
Durante el mes de abril de 2021, garanticé el buen uso de materiales de formación, ambientes de aprendizaje, equipos y elementos que he tenido a mi cargo.

**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.

**LEONARDO FABIO MONTOYA CIFUENTES**
**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,

**CLARA MARIA GARCIA CRUZ**
**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**

**HENRY ALFONSO ZAMORA ANTIA**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

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 | 9735384 | LEONARDO FABIO MONTOYA CIFUENTES | Barrio la Milagrosa mz 11 cs 15 | 7341630 | montoyalf@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | QUINDIO | ARMENIA | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2021-03 | 2021-03 | I | 05/04/2021 | 49646642 | $442.700 | |

## 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 | | | | | |
| EPS037 | Nueva EPS | 900156264-2 | 190.700 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 190.700 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 244.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 244.000 | 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 | 8.000 | | | | 8.000 | 0 | 0 | 8.000 | | | 80 | 8.000 | 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 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 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 | 190.700 | 190.700 |
| Pensión | 1 | 244.000 | 244.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 8.000 | 8.000 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 442.700 | 442.700 |

PAGADA

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 | 9735384 | LEONARDO FABIO MONTOYA CIFUENTES | | Barrio la Milagrosa mz 11 cs 15 | 7341630 | montoyalf@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | QUINDIO | ARMENIA | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2021-03 | 2021-03 | I | 05/04/2021 | 49646642 | $442.700 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornudo | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 9735384 | MONTOYA CIFUENTES LEONARDO FABIO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.525.000 | 244.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS037 | 1.525.000 | 190.700 | 14-23 | 1.525.000 | 1 | 8.000 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

# Comprobante

de pago en línea

## COMPENSAR-OI

**Pago realizado por:** LEONARDO FABIO MONTOYA CIFUENTES

**Nro. de recibo:** 49646642

**Descripción del pago:** MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

**Identificación del contribuyente:** 10.0.66.31

**Concepto:** CC

**Razón Social:** 9735384

**Fecha y hora de la transacción:** Sábado 3 de Abril de 2021 09:33:53 AM

**Nro. de comprobante:** 0000003353

**Valor pagado:** $ 442,700.00

**Cuenta:** *******4976

**Bancolombia S.A.**

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

Armenia, 11 /Febrero/2021

Señores
**Grupo Administración de Salarios (para funcionarios de Digeneral)**
**Grupo de Apoyo Administrativo Mixto (para las Regionales)**
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Ciudad

Asunto: Solicitud deducible retención en fuente por dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Articulo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

| **Apellidos y Nombre** | **Documento Identidad** | **Calidad del Dependiente**<br>**1. Hijos menores 18 años.**<br>**2. Hijos estudiantes entre 18 y 23 años.**<br>**3. Hijos mayores a 23 años con dependencia por factores físicos o psicológicos.**<br>**4. Cónyuge con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos.**<br>**5. Padres o hermanos con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos.** |
|---|---|---|
| ESTEBAN MONTOYA TOVAR | 1094928710 | **1. Hijos menores 18 años.** |
| SAMANTHA MONTOYA TOVAR | 1094966528 | **1. Hijos menores 18 años.** |

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,

***NOMBRE_DEL_TRABAJADOR***
**Documento de Identidad.**

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento 2 COPIAS

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

**NUIP** 1.094.966.528

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo Serial** 54744880

*54744880*

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

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

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

REGISTRADURIA DE ARMENIA - COLOMBIA - QUINDIO - ARMENIA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| MONTOYA | TOVAR |

**Nombre(s)**

SAMANTHA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2016 Mes FEB Día 05 | FEMENINO | O | POSITIVO |

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

COLOMBIA QUINDIO ARMENIA

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 13447317-8 |

**Datos de la madre**

**Apellidos y nombres completos**

TOVAR GARCIA DIANA MILENA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 41.951.639 | COLOMBIA |

**Datos del padre**

**Apellidos y nombres completos**

MONTOYA CIFUENTES LEONARDO FABIO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 9.735.384 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

**Apellidos y nombres completos**

MONTOYA CIFUENTES LEONARDO FABIO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 9.735.384 | 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 |
|---|---|
| | |

| Fecha de Inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2016 Mes FEB Día 09 | CLAUDIA MARCELA CAMPUZANO LOZANO<br>Nombre y firma |

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

**ESPACIO PARA NOTAS**

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ORIXPRES S.A.S. NIT. 800.156.826-1 100238573

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

**NUIP** 1.094.928.710

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo Serial** 4 4085194

***Datos de la oficina de registro - Clase de oficina***

| Registraduría | Notaría | Número | Consulado | Corregimiento | Inspección de Policía | **Código** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| X | | | | | | N Z Y |

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

REGISTRADURIA DE ARMENIA - COLOMBIA - QUINDIO - ARMENIA.....

***Datos del inscrito***

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| MONTOYA..... | TOVAR..... |

**Nombre(s)**

ESTEBAN.....

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2010 Mes JUL Día 15 | MASCULINO..... | O..... | POSITIVO |

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

COLOMBIA QUINDIO ARMENIA.....

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO..... | 100811783..... |

***Datos de la madre***

**Apellidos y nombres completos**

TOVAR GARCIA DIANA MILENA.....

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 41.951.639..... | COLOMBIA..... |

***Datos del padre***

**Apellidos y nombres completos**

MONTOYA CIFUENTES LEONARDO FABIO.....

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 9.735.384..... | COLOMBIA..... |

***Datos del declarante***

**Apellidos y nombres completos**

MONTOYA CIFUENTES LEONARDO FABIO.....

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 9.735.384..... | |

***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 2010 Mes JUL Día 19 | GILBERTO ECHEVERRY GARCIA - REGIS<br>Nombre y firma |

| *Reconocimiento externo* | *Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento* |
|---|---|
| Firma | Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

IMPRESO POR: DANAGRAMA S.A. NIT. 860.013.711-5 10758 02-2009

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

*4085194*