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 CALDAS**
**ENTRO DE PROCESOS INDUSTRIALES Y CONSTRUCCION - CALDAS - SERVICIOS PRESTADOS A LA F**
**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** | **17** |
| **Código Centro** | **922010** |
| **Fecha Elaboración** | **Noviembre de 2021** |
| **Versión** | **JUNIO 2021 - 3,21** |
| **ID de Proceso** | **64433-218236** |
| **No. de documento** | **287047** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | ANGELA PATRICIA MUÑOZ ALVARADO | **C.C.** | 41.933.186 | **IP/Nº de contacto** | 3135180441 |
| **Correo electrónico contratista:** | apmunoz@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:** | BANCO DE OCCIDENTE | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 031208226 | |
| **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:** | 2245834/2021 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **5321** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 39.000.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 5.330.000 | **10** | **Del** | **01/11/2021** | **Al** | **30/11/2021** | **$ 3.900.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 1.430.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR: PRESTAR TEMPORALMENTE SERVICIOS PROFESIONALES, COMO INSTRUCTOR, PERÍODO FIJO, PARA EJECUTAR ACCIONES DE FORMACIÓN PROFESIONAL, PRESENCIALES O VIRTUALES, APOYAR EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN, ÁREA FORMACIÓN VIRTUAL Â€“ INGLÉS. |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.900.000 | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | | 0,00% |
| | | Retencion en la Fuente del Periodo | | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 3.900.000** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.299.050** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | | **$ 0** |

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

| | **Noviembre** | **Octubre** | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **1732991432** | Valor Base retención en la fuente | 2.299.050,00 | TARIFA |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.560.000 | $ 1.560.000 | Valor Base retención en la fuente ICA | 3.455.400,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 195.000 | $ 195.000 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 249.600 | $ 249.600 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 | Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| ARL I | $ 8.200 | $ 8.200 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | | Reteica - 8299 | 12.785,00 | 0,370% |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC | $ - | | - | 0,00 | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064 | $ - | | - | 0,00 | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800 | $ - | | - | 0,00 | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Dependientes hasta $ 1.161.856 | $ 390.000 | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta $ 580.928 | $ - | | | | |
| Renta Exenta 25% $ 8.713.920 | $ 766.350 | | Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| | | | **VALOR A PAGAR** | **$ 3.887.215,00** | |

**SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

En la plataforma se motiva a lo(a)s aprendices a que realicen el sondeo de conocimientos previos, este es en línea

Orientar acciones de formación virtual complementaria en las siguientes acciones: •Acción de Formación English Dot Works 1 ficha: 24
Orientar acciones de formación virtual complementaria en las siguientes acciones: •. Acción de Formación English Dot Works 1 ficha:
Se emiten los juicios Evaluativos de las fichas •. Acción de Formación English Dot Works 1 ficha: 2424628 •Enghlish Dot Works 1 fic
Se registran juicios evaluativos de las fichas: EDW1 2424628 EDW1 2424630 EDW2 2424629 EDW6 2424631
En la plataforma se encuentra en la semilla de cada curso el Manual de convivencia y el reglamento del(la) aprendiz

**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.

**ANGELA PATRICIA MUÑOZ ALVARADO**
**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,

**FERNANDO ARCINIEGAS CORDOBA**
**INSTRUCTOR G09**

**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**

**VICTOR JERLIER CASTAÑO SANCHEZ**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 41933186 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ANGELA PATRICIA MUNOZ ALVARADO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | ARMENIA | DEPARTAMENTO: | QUINDIO |
| DIRECCIÓN: | CRR 28 # 40 15 EL CORTIJO BLQ 3 APT 203 | TELÉFONO: | 7356587 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | **1732991432** | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | octubre | AÑO 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | octubre | AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2021/11/10 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9997483629 | |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 249.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 249.600 | $ 0 | $ 249.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 249.600** | **$ 0** | **$ 249.600** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS016 | EPS016-COOMEVA S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 195.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 195.000 | $ 0 | $ 0 | $ 195.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 195.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 195.000** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 8.200 | $ 8.200 | $ 0 | $ 0 | $ 8.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 8.200** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 8.200** |

**TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF57 | CCF57-COMFANDI | 1 | $ 9.400 | $ 0 | $ 9.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 9.400** | **$ 0** | **$ 9.400** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 41933186 | MUÑOZ ALVARADO ANGELA PATRICIA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.560.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.560.000 | $ 249.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 249.600 | EPS016-COOMEVA S.A. | 30 | $ 1.560.000 | $ 195.000 | $ 0 | $ 195.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.560.000 | 41933186 | $ 8.200 | 30 | $ 1.560.000 | CCF57-COMFANDI | $ 9.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 462.200** |

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT 830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9133725892 DV: 567972

Cajero: THEAVIHU

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 10/11/2021 09:29:36

PS Recaudador:
908507 LA 14 DE TULUA

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 41933186

Nombre: ANGELA PATRICIA
Apellido 1: HOYOS
Apellido 2: ALVARADO
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3135180441
Codigo Planilla: 1732991432
Periodo Pago: 202110
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0

| Referencia | Valor |
|---|---|
| 41933186 | $462.200,00 |

Valor recibido: $462.200,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

Manizales, 30 de noviembre de 2021

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.** | **1094964907** | **María Paula Arboleda Muñoz** | **HIJO** |
| **T.I** | **1092461183** | **María Alejandra Arboleda Muñoz** | **HIJO** |

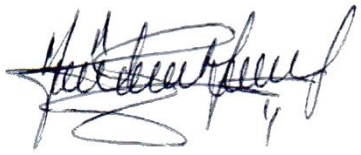
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: Angela Patricia Muñoz Alvarado

C.C. 41933186

**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 de edad. | 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<br>Certificado de Medicina Legal |
| | Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren 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<br>Certificado de Medicina Legal |

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

H.T.M
**NUIP** 1092461183

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo Serial** 50264317

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

Registraduria [ ] Notaria [X] Número [0 4] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** N 4 Z

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

COLOMBIA / QUINDIO / ARMENIA

***Datos del inscrito***

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| ARBOLEDA | MUÑOZ |

**Nombre(s)**

MARIA ALEJANDRA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2010 Mes SEP Día 04 | 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 DE NACIDO VIVO | 10086037-8 |

***Datos de la madre***

**Apellidos y nombres completos**

MUÑOZ ALVARADO ANGELA PATRICIA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC. 41,933,186 DE ARMENIA | COLOMBIANA |

***Datos del padre***

**Apellidos y nombres completos**

ARBOLEDA OSORIO JULIO CESAR

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC. 6,498,578 DE TULUA | COLOMBIANA |

***Datos del declarante***

**Apellidos y nombres completos**

MUÑOZ ALVARADO ANGELA PATRICIA / B/ UNIVERSAL MZ 6 # 5 ARMENIA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC. 41,933,186 DE ARMENIA | |

***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 OCT Día 11 | GILBERTO RAMIREZ ARCILA<br>Nombre y firma |

NOTARIA CUARTA

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**

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

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
17581698-4

* 5 4 7 4 4 5 1 1 *

**NUIP** 1.094.964.907

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo Serial** 54744511

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

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** N S Y

**País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía**
REGISTRADURIA DE ARMENIA - COLOMBIA - QUINDIO - ARMENIA

***Datos del inscrito***

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| ARBOLEDA | MUNOZ |

**Nombre(s)**
MARIA PAULA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2015 Mes NOV Día 03 | 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 | 5231795395 |

***Datos de la madre***

**Apellidos y nombres completos**
MUNOZ ALVARADO ANGELA PATRICIA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 41.933.186 | COLOMBIA |

***Datos del padre***

**Apellidos y nombres completos**
ARBOLEDA OSORIO JULIO CESAR

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 6.498.578 | COLOMBIA |

***Datos del declarante***

**Apellidos y nombres completos**
ARBOLEDA OSORIO JULIO CESAR

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 6.498.578 | Julio Cesar Arboleda O. |

***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 2015 Mes NOV Día 12 | WILBER JESUS SALAS CERON - REGIST<br>Nombre y firma |

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -