


<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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 HUILA DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		41				
			Código Centro		101041				
			Fecha Elaboración		Marzo de 2025				
			Versión		ENERO - 2.25				
			ID de Proceso		58779-547454				
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:		WILLINGTON NAÑEZ AROS		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA			
Cédula de Ciudadanía		83.091.517		Tipo de cuenta:		AHORROS			
Correo electrónico:		wnanez@sena.edu.co		Número de Cuenta:		45992343617			
IP/Nº de contacto:		83589		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 2024		SI			
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?						NO			
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000						NO			
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a \$164.336.700 (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:		7358207/2025		Nº Compromiso SIIF	9425	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		SERVICIOS PERSONALES: CO1.PCCNTR.7358207 "41_1010_061 PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO A LOS USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO EMPRESARIAL DEL SENA Y A LA GESTIÓN DE PROYECTOS ESPECIALES DE EMPRENDIMIENTO, DE ACUERDO CO							
DATOS PERIODO DEL PAGO									
Del		01/03/2025		Al		31/03/2025			
Número de pago		2		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 46.733.167			
Valor Bruto Pago:		\$ 4.885.000,00		Valor Total del Contrato:		\$ 51.292.500			
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 41.848.167			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Ingresos por honorarios		\$ 4.885.000		Ninguno		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		\$ 4.885.000		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.872.300		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR									
		Marzo		Febrero		Base retención en la fuente a titulo de RENTA		2.872.300,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----		4591752905		Base retención en la fuente a titulo de ICA		4.885.000,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.954.000		\$ 1.823.733		Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 244.300		\$ 228.000		IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 312.700		\$ 291.800		Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA		0,00	15%
ARL		\$ 10.200		\$ 9.600		Reteica - 8299		0,00	0,350%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -						0,00	0,350%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -						0,00	0,350%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -						0,00	0,350%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -						0,00	0,350%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -						0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -						0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -						0,00	0,000%
Dependientes hasta		\$ 488.500						0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 796.784		\$ -				0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 36.062.775		\$ 957.000				0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 894.000						0,00	0,000%
Retención en la Fuente Contingente		\$						0,00	
						Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
						VALOR A PAGAR		\$4.885.000,00	
SON: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE									
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
En coordinación con la Líder de Centro, se dio cumplimiento a las Metas definidas como entregables para el mes de Marzo de 2025:									
1. (Ruta Crear) – Selección y elaboración de la Base de Datos de Emprendedores y Emprendimientos objeto de acompañamiento 2025 que vienen en ruta desde la vigencia anterior (2024).									
2. (Ruta Crear) - Establecí contacto de acercamiento con Emprendedores que vienen siendo atendidos desde la vigencia anterior (2024).									
3. (Ruta Crear) – Pre Puesta Marcha Fondo Emprender (Anexos del Contrato): Acompañé siete (7) Empresas FE: Hielos Namar; Ganadería El Casil; Hato Ganadero Felipe Arias; Granja Avícola del Castillo; Hato Lechero El Clavel; Flor de Café; Huevos Rochy.									
4. (Ruta Crear) – Puesta Marcha Fondo Emprender: Acompañé siete (7) Empresas FE: Ganadería Villa Nelly; Finca Turística Luz de La Aurora; Mi Granja Masfe; Café Juan Octavio; Accesorios Carita de Ángel; Comercializadora All Fisch.									
5. (Fomento) - Orientación a Emprendedores: Realicé cinco (5) eventos de Orientación a Emprendedores, para un total de 254 personas.									
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:									
1. Cumpli 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									
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO									
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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 periodo 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,									
MARLYA JACKELINE MOTTA BARRERA PROFESIONAL G02									
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 CAMPO ELIAS GUTIERREZ POLANIA DIRECTOR REGIONAL									

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	83091517	NÚMERO PLANILLA:	4591752905	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	WILLINGTON NANEZ AROS	DEPARTAMENTO:	HUILA	PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2025
CIUDAD/MUNICIPIO:	CAMPOALEGRE	TELÉFONO:	8380471	DÍAS DE MORA:	0	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero
DIRECCIÓN:	CALLE 16 # 3 - 38 CAMPO ALEGRE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9991738847
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
TIPO EMPRESA:	PRIVADA						
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO						
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

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	
230201	230201- PROTECCION			1	\$ 312.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 312.700	\$ 0	\$ 312.700	
SUBTOTALES:												\$ 312.700	\$ 0	\$ 312.700	

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	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 244.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 244.300	\$ 0	\$ 0	\$ 244.300	
SUBTOTALES:									\$ 244.300				\$ 244.300	\$ 0	\$ 0	\$ 244.300	

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 COMPANIA DE SEGUROS S.A.			1	\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 10.200	\$ 10.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 10.200
SUBTOTALES:										\$ 10.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 10.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																					
DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES													SEGURIDAD SOCIAL													PARAFISCALES																		
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	PENSIÓN						SALUD						ARP				DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU				
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE			ADMIN	DÍAS COT					IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	ADMIN
1	CC 83091517	NANEZ AROS WILLINGTON	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.954.000			NO																		230201-PROTECCIÓN	30	1.954.000	\$ 312.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 312.700	EPS037-NUEVA EPS	30	1.954.000	\$ 244.300	\$ 0	\$ 244.300	14-23-POSITIVA COMPANÍA DE SEGUROS S.A.	30	1.954.000	\$ 83091517	\$ 10.200	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL

\$ 567.200

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

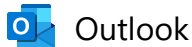
DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	83091517
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		WILLINGTON NANEZ AROS
CIUDAD/MUNICIPIO:	CAMPOALEGRE DEPARTAMENTO:	HUILA
DIRECCIÓN:	CALLE 16 # 3 - 38 CAMPO TELÉFONO:	8380471
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO



DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4591752905	TIPO DE PLANILLA:
PERIODO COTIZACIÓN	MES: febrero	PERIODO COTIZACIÓN
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:
		9991738847

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	\$ 312.700
SUBTOTAL:			1	\$ 312.700
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 244.300
SUBTOTAL:			1	\$ 244.300
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 10.200
SUBTOTAL:			1	\$ 10.200

VALOR SIN MORA:	\$ 567.200
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 567.200



RV:  PSE Transacción Aprobada - CUS 9991738847 

Desde Willington Nañez Aros <wnanez@outlook.com>

Fecha Lun 17/02/2025 10:22 AM

Para wnanez@outlook.com <wnanez@outlook.com>

De: serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>

Enviado: lunes, 17 de febrero de 2025 2:30 p. m.

Para: wnanez@outlook.com <wnanez@outlook.com>

Asunto:  PSE Transacción Aprobada - CUS 9991738847 



¡Hola, Willington Nañez Aros!

Gracias por utilizar los servicios de NEQUI y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada** 

CUS: 9991738847

Empresa: ACH SOI

Descripción: Pago de seguridad Social Integrado

Valor de la Transacción: \$ 567.200

Fecha de Transacción: 17/02/2025

Ten en cuenta estos tips de seguridad

▶ Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.

▶ Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.

▶ Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.



ACH Colombia Oficial



@ACHColombia_



ACHColombiaOficial



ACH Colombia Oficial

Outlook

Q Buscar

Re



Inicio

Vista

Ayuda



Correo nuevo



Eliminar



Archivar



Informar



Mover a



Respon...



Carpetas



Bandeja de ent... 3



Correo no deseado



Borradores 1



Elementos enviados



Elementos elimina...



Archivo



Conversation Histo...



Notas



Ir a Grupos



SENA: Oficina Virtual de Radicación

A

Aplicacion Oficina Virtual de Radicación

Sena <oficina.virtual@sena.edu>



Para: Usted

Mié 2/26/2025 10:49 AM

IMPORTANTE- Por favor lea el siguiente correo electrónico.

Apreciado(a) Usuario(a)

Hemos recibido a través de nuestra **Oficina Virtual de Radicación** su comunicación, y se le ha asignado el número 72025082799, fecha y hora 26/02/25 10:48.

Para consultar la información con la cual fue generada su radicación de [click aquí](#)

Tenga en cuenta que nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., por lo tanto, si su solicitud está fuera de este horario se empezará a procesar a partir del día hábil siguiente.

Por favor, NO RESPONDA este correo electrónico.

Le agradecemos por hacer uso de la **Oficina Virtual de Radicación SENA**.

Cordialmente,



Grupo administración de
documentos

SENA Dirección General



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Neiva, 05 de febrero de 2025

SENA - REGIONAL HUILA
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 41-1-2025-001504
19/02/2025 8:17:09 a. m.
Destinatario: _____

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:

NUIP - NIP	1076914609	JUAN ANDRES NAÑEZ SALAZAR	HIJO
NUIP - NIP	1076516948	GABRIELA NAÑEZ SALAZAR	HIJO
C.C.	26468432	OLGA AROS PERDOMO	MADRE

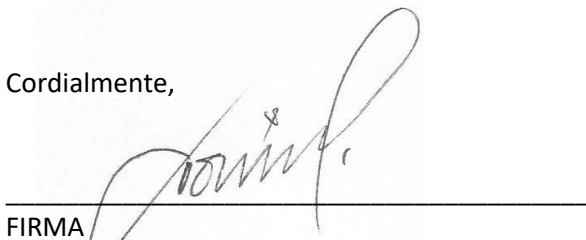
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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: **WILLINGTON NAÑEZ AROS**
C.C. No. **83.091.517** expedida en Campoalegre Huila



OSCAR FERNANDO CORTES LOSADA
Contador Público
Universidad Surcolombiana

EL SUSCRITO CONTADOR PÚBLICO

CERTIFICA:

Que las personas relacionadas a continuación para su manutención y demás necesidades básicas, dependen económicamente de los ingresos percibidos del Señor **WILLINGTON NAÑEZ AROS**, identificado con la Cédula de Ciudadanía **No. 83.091.517** expedida en Campoalegre Huila.

Tipo de Documento	No. de Identificación	Nombres y Apellidos	Parentesco
T.I.	1076914609	JUAN ANDRES NAÑEZ SALAZAR	HIJO
R.C.	1076516948	GABRIELA NAÑEZ SALAZAR	HIJO
C.C.	26468432	OLGA AROS PERDOMO	MADRE

Se expide en la ciudad de Neiva Huila a solicitud del interesado, a los cinco (05) días del mes de febrero de dos mil veinticinco (2025), con el fin de ser presentado al Servicio Nacional de Aprendizaje SENA Regional Huila.

Atentamente,

OSCAR FERNANDO CORTES LOSADA
C.C. No. 83.091.142 de Campoalegre Huila
T.P. 101088-T

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
101088-T

OSCAR FERNANDO
CORTES LOSADA
C.C. 83091142
RESOLUCION INSCRIPCION 71
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

FECHA 2004/04/16

PRESIDENTE 
MIGUEL TIQUE PEÑA

73

IDEQS

20794

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.

Entendemos a quien encuentre esta tarjeta, devolvérle al Ministerio de Educación Nacional, Junta Central de Contadores.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 83.091.142
CORTES LOSADA
APELLIDO CORTES
NOMBRES OSCAR FERNANDO

REPUBLICA DE COLOMBIA

FIRMA 

FECHA DE NACIMIENTO 17-JUN-1979
CAMPOALEGRE (HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.77 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
20-JUN-1997 CAMPOALEGRE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO 

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1902200-00196219-M-0083091142-20091112
0017946685A 1
24782825

UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES**



Certificado No:

78019782054829FD

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **OSCAR FERNANDO CORTES LOSADA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 83091142 de CAMPOALEGRE (HUILA) Y Tarjeta Profesional No 101088-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *****

Dado en BOGOTA a los 05 días del mes de Febrero de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1076914609

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52962057

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 03 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código K 5 W

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

COLOMBIA HUILA NEIVA

Datos del inscrito

Primer Apellido

NANEZ

Segundo Apellido

SALAZAR

Nombre(s)
JUAN ANDRES

Fecha de nacimiento

Año 2013

Mes

JUL

Día

10

Sexo (en letras)

MASCULINO

Grupo sanguíneo

A

Factor RH

POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA NEIVA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

12147190-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

SALAZAR DURAN YISETH LIBETH

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 36.347.570 CAMPOALEGRE

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

NANEZ AROS WILLINGTON

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 83.091.517 CAMPOALEGRE

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

NANEZ AROS WILLINGTON

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 83.091.517 CAMPOALEGRE

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

Año

2013

Mes

JUL

Día

24

Nombre y firma del funcionario que autoriza

CARLOS ENRIQUE POLANIA FIERRO

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

EL SUSCRITO NOTARIO TERCERO DEL CÍRCULO DE NEIVA CERTIFICA QUE EL PRESENTE REGISTRO ES FOTOCOPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA. SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 115 DECRETO 1260 DE 1970.



CARLOS ENRIQUE POLANIA FIERRO
NOTARIO TERCERO DEL CÍRCULO DE NEIVA.

24 JUL. 2013

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO





REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP

1076516948

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

60035256

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código K 4 W

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

COLOMBIA - HUILA - NEIVA NOTARIA 2 NEIVA * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido NAÑEZ * * * * * Segundo Apellido SALAZAR * * * * *

Nombre(s) GABRIELA * * * * *

Fecha de nacimiento Año 2 0 2 0 Mes E N E Día 0 3 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo A Factor RH POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * Número certificado de nacido vivo 15596643-4 * * * *

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 SALAZAR DURAN YISETH LIBETH * * * * *

Documento de Identificación (Clase y número) CC No. 36347570 * * * * * Nacionalidad COLOMBIA * * * * *

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 NAÑEZ AROS WILLINGTON * * * * *

Documento de Identificación (Clase y número) CC No. 83091517 * * * * * Nacionalidad COLOMBIA * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos NAÑEZ AROS WILLINGTON * * * * *

Documento de Identificación (Clase y número) CC No. 83091517 * * * * * Firma

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 Año 2 0 2 0 Mes E N E Día 1 3 Nombre y firma del funcionario que autoriza REINALDO QUINTERO QUINTERO

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **26.468.432**

AROS PERDOMO

APELLIDOS

OLGA

NOMBRES

Olga Aros

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-SEP-1955**

CAMPOALEGRE
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

06-FEB-1979 CAMPOALEGRE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1902200-00246904-F-0026468432-20100729

0023116458A 2

7100606113