Destino: SUBDIRECCIÓN DE ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES

No. 20182000756252
Fecha Radicado: 2018-08-27 11:42:14
Anexos: 9 FOLIOS.

Bogotá D.C., 27 de agosto de 2018

No. 20182000756262
Fecha Radicado: 2018-08-27 11:42:42
Anexos: 9 FOLIOS.

Señores
Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación ICFES
Subdirección de Abastecimiento y Servicios Generales

Asunto: Radicación cuenta de cobro del mes de agosto de 2018

Por medio de la presente me permito adjuntar los documentos correspondientes a la cuenta de cobro del mes de agosto, del contrato N° 011 de 2018 bajo la supervisión de la Subdirección Financiera y Contable.

A continuación hago relación de los documentos entregados:

- G3-FT001 Certificado de cumplimiento.
- Cuenta de cobro.
- Certificación tributaria.
- Pago de la planilla de seguridad social y aportes parafiscales
- G3-FT004 Informe de ejecución.

Cordialmente,

Oscar Felipe Polanía Ibarra
C.C. 7.711.244 de Neiva

icfes mejor saber	GOBIERNO DE COLOMBIA	**CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO Y RECIBO A SATISFACCIÓN DEL BIEN O SERVICIO CONTRATADO**	**Código: G3-FT001**
			Versión: 003

En ejercicio del control de ejecución, certifico el cumplimiento del objeto y obligación con corte a la fecha de certificación, del siguiente contrato: **Nota (si los datos NO son correctos o NO están diligenciados en su totalidad, NO se puede radicar la cuenta en la Subdirección Financiera y Contable).**

Fecha de certificación: **27/08/2018**

Contrato No:	11	**Fecha de contrato:**	**02/01/2018**			**Nombre de Contratista**	**Oscar Felipe Polanía Ibarra**		
No. de factura o documento equivalente:	8	**Contrato con adición (marque con una X)**	**SI**		**NO**	**X**	**NIT / C.C contratista:**	**7,711,244**	
Comprobante de ingreso a almacén No:		**Pago número:**	8			**Periodo a pagar:**	**DE:** 01/08/2018	**A:**	31/08/2018

DESCRIPCIÓN DE LOS PRODUCTOS Y/SERVICIOS RECIBIDOS* (con base en el contrato y la forma de pago allí definidas):

***Relacione los productos y/o servicios prestados durante el periodo certificado, o informe de actividades presentado al supervisor del contrato, no es necesario relacionar las obligaciones del contrato.**

Realización de informe mensual para Ministerio de Hacienda de ejecución presupuestal
Liquidación y validación presupuestal de nómina y aportes parafiscales del mes de agosto
Expedición de CDPs y RPs, liquidación de viátcios y servicios públicos
Realización de informe semanal de ejecución presupuestal de ingresos y gastos
Proyecciones tasa de cambio USDCOP
Dar respuesta a comunicaciones internas y externas de la entidad - Revisión presupuestal cuentas de cobro contratistas

ASÍ MISMO, EN MI CALIDAD DE SUPERVISOR DEL CONTRATO CERTIFICO CON MI FIRMA LO SIGUIENTE:

1. Que los productos y/o servicios relacionados se recibieron a satisfacción, se realizaron durante el periodo referido, y se encuentran detallados en el informe presentado por el contratista, el cual reposa en la carpeta de supervisión del contrato.

2. Que el contratista anexa evidencia de pago al sistema de seguridad social y parafiscales.

3. Que recibido el bien o servicio a satisfacción considero procedente que se realice el desembolso o pago y se da el visto bueno correspondiente.

Código Centro de Costo	**Nombre Centro de Costo***	**Monto a Pagar**
CCAS02	Subdirección Financiera y Contable	$ 6,096,686

Tipo de moneda	**Pesos colombianos**	**Total (valor a Pagar)**	**6,096,686**

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**JOSÉ GABRIEL SILVA BARROS**
FIRMA:	
CARGO:	**Subdirector Financiero y Contable**

Este es un documento controlado; una vez se descargue o se imprima, se considerará NO CONTROLADO

Con fundamento en lo establecido en el artículo 4 de la Ley 80 de 1993, y los artículos 82, 83,84 y 85 de la Ley 1474 de 2011 y lo establecido por la Resolución 000474 de 2015, se procede a dar a informe de ejecución del contrato No. ***011 de 2018****, como sustento de la certificación de cumplimiento que fundamenta el pago a efectuar.*

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA

CONTRATISTA:	**Oscar Felipe Polanía Ibarra**			**C.C. / C.E. No.:**	7.711.244	
PERÍODO DEL INFORME:	**Desde**	01/08/2018	**Hasta**	31/08/2018	**INFORME No.:**	**8**

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Contrato N°	011	**Fecha de inicio**	02/01/2018	**Fecha de terminación**	31/12/2018
Objeto del Contrato: *De conformidad con la cláusula* ***SEGUNDA****, el objeto del contrato se estableció de la siguiente manera:* ***"Prestar sus servicios profesionales para apoyar a la Subdirección Financiera y Contable en las actividades relacionadas con la programación, ejecución y seguimiento al presupuesto de ingresos y gastos del ICFES".***					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: *Conforme a la cláusula* ***SÉPTIMA*** *del contrato, el valor del mismo fue por la suma de* ***SETENTA Y TRES MILLONES CIENTO SESENTA MIL DOSCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS MONEDA CORRIENTE ($73.160.232) MCTE.***				***VALOR EJECUTADO A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME:*** *"A la fecha el valor ejecutado ha sido por la suma de* ***CUARENTA Y DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS DOS PESOS MCTE ($42.676.802). IVA incluido"***	
SALDO DEL CONTRATO A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME: TREINTA MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS TREINTA PESOS MCTE ($30.483.430). IVA incluido				***PLAZO DE EJECUCIÓN:*** *De acuerdo a la cláusula* ***OCTAVA*** *del contrato, el plazo del mismo se pactó en* ***DOCE (12)*** *meses, contados a partir de la fecha suscripción del acta de inicio.*	
DESARROLLO DEL CONTRATO:	***El objeto del contrato se ha venido desarrollando de la siguiente manera:*** • *El* ***2*** *de enero de* ***2018*** *se suscribió el contrato entre las partes contratantes.* • *El* ***3*** *de enero de* ***2018*** *se firmó el acta de inicio del contrato, en su calidad de supervisor del contrato No.* ***011****.* • *Que se ejecutó, adicionó o prorrogó el contrato.*				

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

FORMA DE PAGO:	*De conformidad con lo establecido por la cláusula* ***OCTAVA*** *del contrato, la forma de pago se indicó de la siguiente manera: "****El ICFES pagará al contratista el valor del contrato***

	así: doce (12) pagos mensuales por valor de SEIS MILLONES NOVENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS ($6.096.686) MCTE."

PAGOS QUE SE HAN EFECTUADO A LA FECHA: *En virtud de lo anterior, dicho contrato en el aspecto financiero se ejecuta de la siguiente manera:*

No. de factura o documento equivalente	Fecha de factura o documento equivalente	Concepto	Valor
1	24/01/2018	Primer pago ejecución contrato	$ 6.096.686
2	26/02/2018	Segundo pago ejecución contrato	$ 6.096.686
3	25/03/2018	Tercer pago ejecución contrato	$ 6.096.686
4	25/04/2018	Cuarto pago ejecución contrato	$ 6.096.686
5	25/05/2018	Quinto pago ejecución contrato	$ 6.096.686
6	25/06/2018	Sexto pago ejecución contrato	$ 6.096.686
7	25/07/2018	Séptimo pago ejecución contrato	$ 6.096.686
	DD/MM/AAAA		
	DD/MM/AAAA		$
	DD/MM/AAAA		$
	DD/MM/AAAA		$
	DD/MM/AAAA		$

PAGO QUE SE EFECTUA A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
								X				
	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

4. DETALLE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

No.	ACTIVIDADES EJECUTADAS	porcentaje de ejecución
1	Realización de informe mensual para Ministerio de Hacienda de ejecución presupuestal	**100%**
2	Liquidación y validación presupuestal de nómina y parafiscales del mes de agosto.	**100%**
3	Realización de certificaciones de disponibilidad presupuestal	**100%**
4	Expedición de CDPs y RPs	**100%**
5	Realización de informe semanal de ejecución presupuestal de ingresos y gastos	**100%**
6	Proyecciones tasa de cambio USDCOP	**100%**

7	Revisión presupuestal de cuentas de cobro de contratistas	**100%**
8	Dar respuesta a comunicaciones internas y externas de la entidad	**100%**
9	Liquidación de viáticos así como servicios públicos	**100%**

5. PRODUCTOS ENTREGADOS (En caso de haber sido pactados)

1	Archivos que soportan la realización de actividades ejecutadas

6. CONSTANCIAS

*El supervisor o interventor **José Gabriel Silva** acreditó que el contrato se ejecutó en el porcentaje correspondiente a satisfacción, el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones pactadas en el mismo, y no se le impusieron multas.*

***José Gabriel Silva** , en su calidad de supervisor del contrato deja constancia que en el marco de lo dispuesto por el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, el contratista ha dado cumplimiento a los pagos por concepto de aportes a los Sistemas de Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales y a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje según corresponda,*

7. OBSERVACIONES

(Relacionar las mejoras o dificultades presentadas en la ejecución del contrato, así como el concepto del supervisor sobre el contratista)

En constancia de lo anterior, se firma el presente informe el **(27)** de **(agosto)** de **(2018)**

Elaboró	Revisó	Aprobó

Bogotá, agosto 27 de 2018

Cuenta de Cobro No 08

El Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación - ICFES

Nit. 860.024.301-6

Debe a:

Oscar Felipe Polanía Ibarra

C.C. 7.711.244 de Neiva

La suma de:

Seis millones noventa y seis mil seiscientos ochenta y seis pesos m/cte.

($6.096.686)

Por concepto de: Séptimo pago del 01/08/2018 al 31/08/2018 correspondiente a la prestación de servicios profesionales según lo pactado en el contrato número 011 de 2018.

Favor consignar a:
Cuenta de ahorros de Banco ITAU N° 720070498
La suma de: $6.096.686 pesos moneda corriente.

Régimen Simplificado

Cordialmente;

Oscar Felipe Polanía Ibarra
C.C 7.711.244

Bogotá D.C., 27 de agosto de 2018

Señores
Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación ICFES
Subdirección Financiera y Contable
Ciudad

Asunto: Solicitud disminuciones en la base de la retención en la fuente de la cuenta del mes de agosto de 2018.

De acuerdo en el artículo 17 de la Ley 1819 de 2016, y al parágrafo 2 del artículo 383 del Estatuto Tributario, informo que no tengo trabajadores a cargo y solicito la aplicación de la tabla del artículo 383 del Estatuto Tributario para la retención en la fuente como independiente por rentas de trabajo.

Conforme con los decretos 4713 de 2005, 2271 de 2009; la Ley 1819 del 2016 y demás normas concordantes y complementarias, les solicito tener en cuenta las disminuciones de mi base de retención así:

1. Bajo la gravedad de juramento certifico que en la **COPIA** de la planilla de aportes a seguridad social y ARL - PILA fue descargada directamente de la página web y que anexo, del mes **Agosto**, se incluyeron los devengos que obtuve del ICFES por el mismo período. (Artículo 4 Decreto Regulatorio 2271 del 2009).

2. Certificado de Pago Plan Complementario – Compensar año 2017

3. Registro civil de nacimiento de hijo – Thomás Polanía Alvarado

4. Certificado de Banco Itau pago de intereses de Leasing Habitacional año 2017.

Cordialmente,

Oscar Felipe Polanía Ibarra
C.C. 7.711.244 de Neiva

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	7711244-	OSCAR FELIPE POLANIA IBARRA	U ☑ C ☐ S ☐ D ☐		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO
8	2018	8	2018

NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
29113617	PUBLICA ☐ PRIVADA ☑ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑	14-18	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
CALLE 145 A No 21-29 APTO 201	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	3569528		FELIPEPOLANI@HOTMAIL.COM	7490	0	1	2018/08/08	359071968

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS008	860066942-7	305.000	0		0		0	305.000	0	0	0	305.000	0		0	0	305.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
230301	800224808-8	390.400	0	0	0	0	0	0	390.400	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-18	860008645-7	12.800		0	0	12.800
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	12.800	0	0	128	12.800

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA

	ANTES DE IGE LMA IPP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	390.400	390.400
SALUD	305.000	305.000
RIESGOS LABORALES	12.800	12.800
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	708.200	708.200

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																	VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	IKG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	[illegible]	[illegible]	[illegible]	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	7711244	POLANIA IBARRA OSCAR FELIPE	EPS008	230301																				2.440.000	2.440.000	0	2.440.000	0			390.400	0	0	305.000	0

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

Itaú

CERTIFICADO PARA EL
AÑO GRAVABLE 2017

ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A.
NIT. 890903937-0
Cra. 7 No. 99 53

NOMBRE	**IDENTIFICACION**
OSCAR POLANIA IBARRA	CC 7711244
ANGYE ALVARADO PRIETO	CC 1022371404

OBLIGACION: Leasing Habitacional en PESOS **122369**

MONTO INICIAL DEL DESMBOLSO	250000000.00
FECHA DESEMBOLSO	2015/04/28
FECHA DE CANCELACION O ULTIMO PAGO	2028/06/28
SALDO A DICIEMBRE 31	186109104.00
ADICIONES O DISMINUCIONES	-50014512.00
CORRECCION MONETARIA (1)	0.00
INTERESES PAGADOS LEASING HABITACIONAL (2)	21616931.00
VALOR DEDUCIBLE (1+2)	21616931.00
SANCIONES CAUSADAS Y PAGADAS	0.00

ESTE CERTIFICADO NO REQUIERE FIRMA AUTOGRAFA (ART. 10 DECRETO 836 DE 1991)

compensar

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) OSCAR FELIPE POLANIA IBARRA identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 7711244, funcionario(a) de OSCAR FELIPE POLANIA IBARRA, canceló la suma de UN MILLON DIECINUEVE MIL TRESCIENTOS CUARENTA PESOS ($1.019.340,00) por concepto de PC ESPECIAL CON POS durante el 2017.

Beneficiarios contrato:

Nombre	Identificación	Parentesco	Base Cálculo IVA	Valor IVA	Valor Cancelado
OSCAR FELIPE POLANIA IBARRA	7711244	TR	$ 970,800	$ 48,540	$ 1,019,340
Total			**$ 970,800**	**$ 48,540**	**$ 1,019,340**

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), para efectos Tributarios, en Bogotá a los 22 días del mes de enero de 2018.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención Servicios de Salud 444 1234.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: ANGELA MILENA CASALLAS

CER-PAS 245657

22 ENE 2018

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1014896760

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 57942079

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [42] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 3 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido: PULANIA

Segundo Apellido: ALVARADO

Nombre(s): THOMAS

Fecha de nacimiento: Año 2017 Mes DIC Día 21

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo sanguíneo: O

Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 14481612-7

Datos de 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: ALVARADO PRIETO ANGYE KATHERINE

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 1022371404 DE BOGOTA

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos de padre o madre (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: POLANIA IBARRA OSCAR FELIPE

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 7711244 DE NEIVA

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: POLANIA IBARRA OSCAR FELIPE

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 7711244 DE NEIVA

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 2017 Mes DIC Día 28

Nombre y firma del funcionario que autoriza

LUIS SIMON GIL GUZMAN

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Imp. por EDICS S.A. PAC. (0) 2 2400, Bogotá - para REGISTRADURIA NACIONAL DE COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARÍA CINCUENTA Y DOS DE BOGOTÁ D.C.

Esta fotocopia reproduce al Folio original que reposa en nuestro archivo. ***SOLO ES VALIDA PARA DEMOSTRAR PARENTESCO ANTE***_____
SE EXPIDE A SOLICITUD DE_____**C.C.**_____
El uso para otra finalidad y autoridad distintas podría constituir atentando contra el derecho a la intimidad bajo recibo del interesado (a) conforme al (ART. 115 del Decreto 1260 de 1970). **BOGOTA D.C.**

29 DIC 2017

NOTARIA 52 BOGOTÁ, D.C.

LUIS SIMON GIL GUZMAN
NOTARIO 52 DE BOGOTA ENCARGADO