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 DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION
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	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**16 Setiembre de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**92647-629629**
No. de documento	**214129**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JHON FERNANDO SANCHEZ CIFUENTES	**C.C.**	80.146.115	**IP/Nº de contacto**	0000
Correo electrónico contratista:	jfsanchez5116@misena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	SI	**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:	DAVIVIENDA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		484900023363	
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:	2217419/2021		**Nº Compromiso SIIF**	**19221**	
Valor Total del Contrato	$ 40.950.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 13.910.000	**8**	**Del 01/09/2021 Al 30/09/2021**		**$ 3.900.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 10.010.000		Legalización comisiones del periodo	$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, MEDIANTE LA MODALIDAD DE PERIODOS FIJOS DE INSTRUCTORES, PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA, PRESENCIAL Y VIRTUAL, EN LAS ÁREAS DE GESTIÓN DEL TALENTO

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

	Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9423597242**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.560.000	$ 1.560.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 195.000	$ 195.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 249.600	$ 249.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.200	$ 8.200
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	$ 390.000	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 766.350	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.299.050,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.455.400,00	
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	33.379,00	0,966%
-	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	**$ 3.866.621,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS VEINTIUNO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar Formación Profesional Integral a los aprendices según programación de fichas
Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de procesos formativos y/o productivos
Actualizar contenidos y tecnologías en las diversas competencias del programa de formación
Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo

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.

JHON FERNANDO SANCHEZ 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,

CLAUDIA PILAR POVEDA CORTES
INSTRUCTOR G20

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

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80146115		SANCHEZ CIFUENTES JHON FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 14A NO 59 57 APTO 502	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3054983	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-08	2021-08	1113292889	9423597242	I	2021/09/06	2021/09/01	BANCO ITAU	0	$452,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,560,000	$249,600			$1,560,000	$195,000			$0	$0			$1,560,000	$8,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,560,000	$249,600			$1,560,000	$195,000			$0	$0			$1,560,000	$8,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,560,000	$249,600			$1,560,000	$195,000			$0	$0			$1,560,000	$8,200		$0	$0
1	CC	80146115	SANCHEZ JHON	230301	30	$1,560,000	$249,600	EPS010	30	$1,560,000	$195,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,560,000	$8,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,560,000	$249,600			$1,560,000	$195,000			$0	$0			$1,560,000	$8,200		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80146115		SANCHEZ CIFUENTES JHON FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 14A NO 59 57 APTO 502	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3054983	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-08	2021-08	1113292889	9423597242	I	2021/09/06	2021/09/01	BANCO ITAU	0	$452,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$249,600	$0	$0	$249,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$249,600	$0	$0	$249,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,200	$0	$0	$8,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,200	$0	$0	$8,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$195,000	$0	$0	$195,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$195,000	$0	$0	$195,000
TOTAL				1	$452,800	$0	$0	$452,800

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 16 de septiembre 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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1150184798**	**DANA SOFIA SANCHEZ MORALES**	**HIJO**
T.I	**1027297466**	**EMMA ISABELLA SANCHEZ MORALES**	**HIJO**

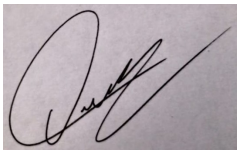
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: JHON FERNANDO SANCHEZ CIFUENTES

C.C. 80.146.115 de Bogotá

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1150184798

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41113823

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaría [X] Número 76 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policia [ ] Código D W C

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SANCHEZ	MORALES

Nombre(s): DANA SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguineo	Factor RH
Año 2008 Mes ENE Día 11	FEMENINO	"O"	POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	A 8383483

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: MORALES OSPINA YURLEDIS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 53,135,831	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: SANCHEZ CIFUENTES JHON FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 80,146,115	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: SANCHEZ CIFUENTES JHON FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 80,146,115	JHON SANCHEZ

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):

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2008 Mes ENE Día 17	NORBERTO SALAMANCA F. Nombre y firma

DEPARTAMENTO SUBSIDIO FAMILIAR - FLORESTA
CALAM
18 JUN 2009

NORBERTO SALAMANCA F.
Bogotá - República de Colombia
WWW.LEXCOLOMBIA.COM
Notario 76

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

8281774

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1027297466

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55601801

55601801

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [34] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** [ ][ ][ ]

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SANCHEZ	MORALES

Nombre(s)

EMMA ISABELLA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes ENE Día 26	FEMENINO	B	POSITIVO

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13637710-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MORALES OSPINA YURLEDIS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 53135831 de BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

SANCHEZ CIFUENTES JHON FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 80146115 de BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SANCHEZ CIFUENTES JHON FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 80146115 de BOGOTA	JHON SANCHEZ

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 ENE Día 26	ELSA PATRICIA RAMIREZ CASTRO

34 NOTARIA TREINTA Y CUATRO
CIRCULO DE BOGOTA D.C.
ELSA PATRICIA RAMIREZ CASTRO
NOTARIA
REPUBLICA DE COLOMBIA

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1027297466

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55601801

55601801

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 34 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A 9E

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SANCHEZ	MORALES

Nombre(s)

EMMA ISABELLA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes ENE Día 26	FEMENINO	B	POSITIVO

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13637710-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: MORALES OSPINA YURLEDIS

Documento de identificación (Clase y número): CC 53135831 de BOGOTA

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: SANCHEZ CIFUENTES JHON FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número): CC 80146115 de BOGOTA

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: SANCHEZ CIFUENTES JHON FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número): CC 80146115 de BOGOTA

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

34 NOTARIA TREINTA Y CUATRO
REPUBLICA DE COLOMBIA
CIRCULO DE BOGOTA D.C.
ES COPIA FIEL Y AUTENTICA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DEL REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO DE LA NOTARIA 34 Y SE EXPIDE AL INTERESADO PARA ACREDITAR SU PARENTESCO, ESTE REGISTRO CIVIL NO TIENE TERMINO DE VIGENCIA Dec. 2189 de 1953 EXCEPTO PARA MATRIMONIO
Firma

34 NOTARIA TREINTA Y CUATRO DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C. 26 ENE 2016

Fecha de inscripción

Año 2016 Mes ENE Día 26

Nombre y firma del funcionario que autoriza

ELSA PIEDAD RAMIREZ CASTRO
NOTARIA
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

IMPRESO POR CARVAJAL FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.407-5 TEL. 430 2110

DANE
Para tomar decisiones

República de Colombia
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

MINSALUD

CONFIDENCIAL
Los datos que el DANE solicita en este formulario son estrictamente confidenciales, están protegidos bajo reserva estadística por la Ley 79 de 1993. Artículo 5.º

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO: **13637710 - 0**

(Consulte instrucciones al respaldo)

LUGAR DEL NACIMIENTO
Departamento: Bogota Dc
Municipio: Bogotá Dc

ÁREA DEL NACIMIENTO
(X) Cabecera municipal ( ) Centro poblado ( ) Rural disperso
Inspección, corregimiento o caserío

FECHA DEL NACIMIENTO	HORA DEL NACIMIENTO	SEXO DEL NACIDO VIVO	HEMOCLASIFICACIÓN DEL NACIDO VIVO
21 01 16 (Año Mes Día)	Hora 07 Minutos 50 ( ) Sin establecer	( ) Masculino (X) Femenino ( ) Indeterminado	Grupo sanguíneo B Factor Rh +

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Morales	Ospina	Yuleidis	

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE
( ) Registro civil ( ) Tarjeta de identidad (X) Cédula de ciudadanía
( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Sin información

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)
53.135.831

DATOS DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Forero	Vasquez	Shirley	Vanessa

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
(X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)
52851721

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO
(X) Médico ( ) Enfermero(a) ( ) Auxiliar de enfermería ( ) Promotor(a) de salud

REGISTRO PROFESIONAL
25550205

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO
Departamento: Bogotá DC
Municipio: Bogota DC
Año 21 01 16 Mes 01 Día 26

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO
Shirley Forero O.
Medico U.S.M.
R.M. 25550205

Impreso en la Dirección de Difusión, Mercadeo y Cultura Estadística del DANE Forma DANE D 620 Junio de 2015