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 SERVICIOS FINANCIEROS-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** | **940510** |
| **Fecha Elaboración** | **Octubre de 2021** |
| **Versión** | **JUNIO 2021 - 3,21** |
| **ID de Proceso** | **26782-837968** |
| **No. de documento** | **252180** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | YESICA VANESSA VARGAS CUBILLOS | **C.C.** | 1.022.386.654 | **IP/Nº de contacto** | 3204487799 |
| **Correo electrónico contratista:** | yvvargas456@misena.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 COLPATRIA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 4662020879 | |
| **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:** | 2231275/2021 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **26421** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 41.340.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 10.660.000 | **9** | **Del** | **01/10/2021** | **Al** | **31/10/2021** | **$ 3.900.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 6.760.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMA |

## 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

| | Octubre | Setiembre | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **53639237** | 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 | 33.379,00 | 0,966% |
| 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** | **$ 3.866.621,00** | |

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

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

obli1 Acomp y aseso en forma permanente e integral en el proceso de formación a los aprendices de las FC:2232846 Ges Conta y Finan Mad 31,90hrs 23apren FC:2249122 Conta operaciones,tarde 56,70hrs 23apren FC: 2184801 Contabi operaciones,madrugada 31,90hrs 20apren FC:2232824 Ges Conta y Finan jornada, 15,90 hrs 28 aprendices.
Obli3 SE evaluaron los apren previos correspon FC:2232846 Ges Conta y Finan Mad 31,90hrs 23apren FC:2249122 Conta operaciones,tarde 56,70hrs 23apren FC: 2184801 Contabi operaciones,madrugada 31,90hrs 20apren FC:2232824 Ges Conta y Finan jornada, 15,90 hrs 28 aprend
Obli 4 Asis a la formac profesional integral a la siguien FC:2232846 Ges Conta y Finan Mad 31,90hrs 23apren FC:2249122 Conta operacio 56,70hrs 23apren FC: 2184801 Contabi operaciones,madrugada 31,90hrs 20apren FC:2232824 Ges Conta y Finan jornada, 15,90 hrs 28 aprend
obli5 Se aplicaron las estrategia, enseñanza, aprendizaje, seguimiento FC:2232846 Ges Conta y Finan Mad 31,90hrs 23apren FC:2249122 Conta operaciones,tarde 56,70hrs 23apren FC: 2184801 Contabi operaciones,madrugada 31,90hrs 20apren FC:2232824 Ges Conta y

**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.

**YESICA VANESSA VARGAS CUBILLOS**
**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,

**RAUL VEGA URRIAGO**
**INSTRUCTOR**

**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**

**MIREYA PARRA PINTO**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

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 | 1022386654 | YESICA VANESSA VARGAS CUBILLOS | kr 51 b bis # 41 b - 35 sur | 3204487799 | yesivarcus@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD |
| | | | | | EMPLEADOS: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2021-09 | 2021-09 | I | 20/10/2021 | 53639237 | $452.800 |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 195.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 195.000 | 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 | 249.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 249.600 | 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 | 8.200 | | | | 8.200 | 0 | 0 | 8.200 | | | 82 | 8.200 | 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 | 195.000 | 195.000 |
| Pensión | 1 | 249.600 | 249.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 8.200 | 8.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 452.800 | 452.800 |

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

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **TIPO** | **NÚMERO** | **NOMBRE APORTANTE** | | **DIRECCIÓN** | **TELÉFONO** | **CORREO** |
| CC | 1022386654 | YESICA VANESSA VARGAS CUBILLOS | | kr 51 b bis # 41 b - 35 sur | 3204487799 | yesivarcus@hotmail.com |
| **FORMA PRESENTACIÓN** | **CLASE APORTANTE** | **NOMBRE SUCURSAL** | **CÓDIGO** | **DEPARTAMENTO** | **CIUDAD / MUNICIPIO** | **EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD** |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | 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** | |
| 2021-09 | 2021-09 | I | 20/10/2021 | 53639237 | $452.800 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No.** | **Tipo** | **No. de Identificación** | **Apellidos y Nombres** | **Cotiante** | **Subtipo** | **Extranjero** | **Colom. exterior** | **Exonerado** | **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 | 1022386654 | VARGAS CUBILLOS YESICA VANESSA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.560.000 | 249.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.560.000 | 195.000 | 14-23 | 1.560.000 | 1 | 8.200 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

Escaneado con CamScanner

*CERTIFICACION DEPENDIENTES*

Bogotá, 30 de octubre 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.** | **1025547305** | **SANTIAGO PEREZ VARGAS** | **HIJO** |
| **R.C.** | **1025554244** | **AVRIL PEREZ VARGAS** | **HIJO** |
| **R.C.** | **1025560034** | **MARIA EMMA PEREZ VARGAS** | **HIJO** |

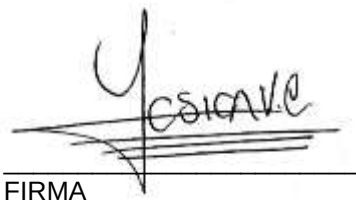
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: YESICA VANESSA VARGAS CUBILLOS
C.C. 1022386654

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**

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

**NUIP** 1025560034

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo Serial** 55162156

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

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [57] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A 8 H

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA - NOTARIA 57

***Datos del inscrito***

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| PEREZ | VARGAS |

**Nombre(s)**

MARIA EMMA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2017 Mes FEB Día 01 | FEMENINO | AB | POSITIVO |

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ, D.C.

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | 13952725-6 |

***Datos de la madre***

**Apellidos y nombres completos**

VARGAS CUBILLOS YESICA VANESSA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. 1022386654 DE BOGOTÁ, D.C. | COLOMBIANA |

***Datos del padre***

**Apellidos y nombres completos**

PEREZ JAIMES OSCAR ANTONIO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. 91159586 DE FLORIDABLANCA | COLOMBIANA |

***Datos del declarante***

**Apellidos y nombres completos**

PEREZ JAIMES OSCAR ANTONIO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. 91159586 DE FLORIDABLANCA | Oscar A Perez Jaimes |

***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 2017 Mes FEB Día 07 | LEON GUILLERMO PICO MORA<br>SEGÚN RESOLUCIÓN 0377 DEL 30 DE ENERO DE 2017 SNR |

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

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

NUIP 1025554244

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53386283

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

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 57 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 057

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

*COLOMBIA **** CUNDINAMARCA **** BOGOTA *** NOTARIA 57***

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| PEREZ********** | VARGAS********** |

Nombre(s)

AVRIL**********

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2014 Mes JUL Día 29 | FEMENINO | B | POSITIVO |

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

*****COLOMBIA ******* CUNDINAMARCA ******* BOGOTA D.C.*******

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigo | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO********** | 12798644-0******** |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos

VARGAS CUBILLOS YESICA VANESSA**********

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. No. 1022386654 DE BOGOTA D.C.****** | COLOMBIANA****** |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos

PEREZ JAIMES OSCAR ANTONIO**********

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. No. 91159586 DE FLORIDABLANCA******* | COLOMBIANA******* |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

PEREZ JAIMES OSCAR ANTONIO**********

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. No. 91159586 DE FLORIDABLANCA******* | Oscar A Perez Jaimes |

**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 2014 Mes AGO Día 04 | LEON GUILLERMO PICO MORA (E) Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Oscar A Perez Jaimes Firma | LEON GUILLERMO PICO MORA (E) Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

LV T 178 F 007 4

* ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO *

DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

**NUIP** 1025547305

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo Serial** 51072264

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

Registraduría ☐ Notaría ☐ Número [ ] Gomulado ☐ 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 |
|---|---|
| PEREZ | VARGAS |

Nombre(s): SANTIAGO

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2011 Mes JUL Día 04 | MASCULINO | 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 | 10726403-9 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: VARGAS CUBILLOS YESICA VANESSA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| TI 93082705110 DE BOGOTA D.C. | COLOMBIANA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: PEREZ JAIMES OSCAR ANTONIO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 91159586 DE FLORIDABLANCA | COLOMBIANO |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: PEREZ JAIMES OSCAR ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número): CC 91159586 DE FLORIDABLANCA

Firma: Oscar Antonio Perez Jaimes

**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 2011 Mes JUL Día 07

**Nombre y firma del funcionario que autoriza**

GERARDO AGUSTIN FUERTES MORALES

Nombre y firma

**Reconocimiento paterno**

Oscar Antonio Perez Jaimes

Firma

**Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento**

Nombre y firma

**ESPACIO PARA NOTAS**

T. DE V. 155, FOL. 392

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

# Hace constar:

Que el Sr(a) YESICA VANESSA VARGAS CUBILLOS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1022386654 el día 20/10/2021 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas