

|                                                                                                                                 |                                                                                                                                             |  |                   |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|-------------------|
|  <p><b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</b></p> | DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES) |  | Código Regional   | 11                |
|                                                                                                                                 | REGIONAL DISTRITO CAPITAL                                                                                                                   |  | Código Centro     | 940410            |
|                                                                                                                                 | CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION                                                               |  | Fecha Elaboración | Febrero de 2022   |
|                                                                                                                                 | Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1                                                           |  | Versión           | ENERO 2022 - 1,22 |
|                                                                                                                                 | Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)                                                          |  | ID de Proceso     | 29641-883912      |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                             |  | No. de documento  | 349478            |

| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                |                                         |                                                                                        |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Nombres y apellidos contratista:                                                                                     | CLAUDIA CAROLINA ZAMUDIO ROA            | C.C.                                                                                   | 52.853.725                  |
| Correo electrónico contratista:                                                                                      | cczamudio5@sena.edu.co                  | IP/N° de contacto                                                                      | 3046038524                  |
| Régimen del IVA:                                                                                                     | <input type="checkbox"/> NO RESPONSABLE | Pertenece al régimen simple de tributación?                                            | <input type="checkbox"/> NO |
|                                                                                                                      |                                         | Es declarante de renta?                                                                | <input type="checkbox"/> NO |
|                                                                                                                      |                                         | Es Pensionado?                                                                         | <input type="checkbox"/> NO |
| Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores                                                                  | <input type="checkbox"/> NO             | Inducción SST                                                                          | <input type="checkbox"/> SI |
|                                                                                                                      |                                         | Presta Servicios Excluidos de IVA ?                                                    | <input type="checkbox"/> SI |
| Banco al cual consignar:                                                                                             | DAVIVIENDA                              | Tipo de cta                                                                            | AHORROS                     |
|                                                                                                                      |                                         | N° Cuenta                                                                              | 474670016952                |
| Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? | <input type="checkbox"/> NO             | Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2022 supera los \$ 125'413.200 | <input type="checkbox"/> NO |

| DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO |               |                                     |                              |
|---------------------------------------------|---------------|-------------------------------------|------------------------------|
| N° del contrato:                            | 3361318/2022  | N° Compromiso SIIF                  | 11222                        |
| Valor Total del Contrato                    | \$ 39.500.100 | N ° Pago                            | 1                            |
| Saldo Anterior del Contrato                 | \$ 39.500.100 | Periodo objeto de pago              | Del 07/02/2022 Al 28/02/2022 |
| Nuevo Saldo del Contrato                    | \$ 36.340.092 | Legalización comisiones del periodo | \$ 0,00                      |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| OBJETO CONTRACTUAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |
| (Descripción del servicio prestado)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |
| INSTRUCTOR: Prestar servicios personales de carácter temporal para orientar la Formación Profesional Integral programada por el Centro de Gestión Administrativa en su sede principal, subsele y organizaciones, para la ejecución de acciones de Formación Titulada y/o Complementaria presencial, de la red de conocimiento Gestión Administrativa y Financiera, en las áreas temáticas de Bibliotecas, |  |  |  |

| RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO |              |                                           |       |
|------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------|-------|
| Ingresos por honorarios                              | \$ 3.160.008 | Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° | 0,00% |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes           | \$ 0         | Retención en la Fuente del Periodo        | \$ 0  |
| TOTAL INGRESOS DEL PERIODO                           | \$ 3.160.008 | Menos, Retefuente Otros Ingresos          | \$ 0  |
| BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE                     | \$ 1.862.705 | TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO            | \$ 0  |

| LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR |              |       |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------|-------|----------------------------------------------------|
| N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS                           | Febrero      | Enero |                                                    |
| Ingreso Base de Cotización - IBC                                      | \$ 1.264.003 | \$ 0  | Valor Base retención en la fuente 1.862.705,00     |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                           | \$ 158.100   | \$ 0  | Valor Base retención en la fuente ICA 2.799.608,00 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                         | \$ 202.300   | \$ 0  | Valor base IVA 0,00                                |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional                   | \$ -         | \$ 0  | IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00                       |
| ARL                                                                   | \$ 6.600     | \$ 0  | Menos Retención en la Fuente 0,00                  |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias                 | \$ -         |       | Menos Retención IVA 0,00                           |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC                                     | \$ -         |       | Reteica - 8299 27.044,00                           |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064       | \$ -         |       | 0,00                                               |
| Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.800.400                           | \$ -         |       | 0,00                                               |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes         | \$ -         |       | 0,00                                               |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes           | \$ -         |       | 0,00                                               |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes           | \$ -         |       | 0,00                                               |
| Dependientes hasta \$ 1.216.128                                       | \$ 316.001   |       | 0,00                                               |
| Salud hasta \$ 608.064                                                | \$ -         |       | 0,00                                               |
| Renta Exenta 25% \$ 9.120.960                                         | \$ 620.902   |       | 0,00                                               |
| Retención en la Fuente Contingente                                    | \$ -         |       | 0,00                                               |
|                                                                       |              |       | VALOR A PAGAR \$ 3.132.964,00                      |

| SON: TRES MILLONES CIENTO TREINTA Y DOS MIL NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar formación profesional integral a los aprendices según programación de fichas.</li> <li>- Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de procesos formativos y/o productivos.</li> <li>- Actualizar contenidos y tecnologías en las diversas competencias del programa de formación.</li> <li>- Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo.</li> </ul> |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b><br>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. | <b>CLAUDIA CAROLINA ZAMUDIO ROA</b><br><b>EL CONTRATISTA</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|

| CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:<br>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;<br>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;<br>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.<br>El Supervisor,<br><br><b>ROBERTO MARTINEZ CASTRO</b><br><b>INSTRUCTOR</b> |

|                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:<br><b>EL ORDENADOR DEL PAGO</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------|
| <b>WAINE ANTONY TRIANA ALBIS</b><br><b>SUBDIRECTOR DE CENTRO G02</b> |
|----------------------------------------------------------------------|



**CERTIFICA QUE:**

El(La) Señor(a) CLAUDIA CAROLINA ZAMUDIO ROA identificado(a) con CC 52853725 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

**Fecha de Activación de** **26/02/2016**

**Estado de la Afiliación:** **SUSPENDIDO**

**IPS:** **COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO 20 DE JULIO**

**Categoría:** **A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN**, a los 17 días del mes febrero del 2022.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

**EPS FAMISANAR S.A.S.**

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS  
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del  
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

**CERTIFICA QUE:**

**CLAUDIA CAROLINA ZAMUDIO ROA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.853.725**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Febrero del 2022.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

**POSITIVA  
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A  
NIT 860.011.153-6**

**CERTIFICA QUE:**

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora CLAUDIA CAROLINA ZAMUDIO ROA, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 52853725, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 07/02/2022 y fecha fin de contrato 06/12/2022 con riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co) y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201012513969.

Esta certificación se expide a los 17 días del mes de Febrero de 2022.

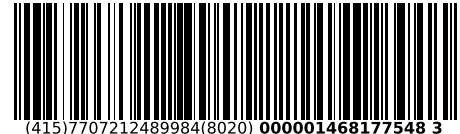
Cordialmente

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES  
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.**

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14681775483



(415)7707212489984(8020) 000001468177548 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

5 2 8 5 3 7 2 5

6. DV

0

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

**IDENTIFICACIÓN**

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

5 2 8 5 3 7 2 5

27. Fecha expedición

1 9 9 8, 1 2, 1 5

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

ZAMUDIO

32. Segundo apellido

ROA

33. Primer nombre

CLAUDIA

34. Otros nombres

CAROLINA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

**UBICACIÓN**

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 30 SUR 12 H 45 AP 201

42. Correo electrónico

claudiaczamudio@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 4 6 0 3 8 5 2 4

45. Teléfono 2

7 5 2 1 8 9 3

**CLASIFICACIÓN**

**Actividad económica**

**Actividad principal**

46. Código

8 5 4 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 7, 1 1, 0 1

**Actividad secundaria**

48. Código

8 5 4 2

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 7, 1 1, 0 1

**Otras actividades**

1

2

7 0 2 0

**Ocupación**

51. Código

52. Número establecimientos

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO SIN VALOR

**Obligados aduaneros**

54. Código

**Exportadores**

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

**IMPORTANTE:** Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2020 - 02 - 03

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

*Claudia C. Zamudio L.*

984. Nombre ZAMUDIO ROA CLAUDIA CAROLINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE



## CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,  
DISTRITO  
CAPITAL,  
COLOMBIA,  
A quién interese**

**22/02/2022**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor CLAUDIA CAROLINA ZAMUDIO ROA** con **Cédula de Ciudadanía** número **52853725**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO**

|                   |                         |
|-------------------|-------------------------|
| Número            | <b>0570474670016952</b> |
| Fecha de apertura | <b>16/12/2014</b>       |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



### Hace constar:

Que el Sr(a) CLAUDIA CAROLINA ZAMUDIO ROA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52853725 realizó el día 17/02/2022 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

### Compromiso SST:

Yo CLAUDIA CAROLINA ZAMUDIO ROA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52853725 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

---

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

**CERTIFICACION DEPENDIENTES**

Bogotá, Haga clic aquí para escribir una fecha.

Señores

**SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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:

|             |                   |                               |             |
|-------------|-------------------|-------------------------------|-------------|
| <b>T.I.</b> | <b>1021666502</b> | <b>JUAN DAVID ZAMUDIO ROA</b> | <b>HIJO</b> |
|-------------|-------------------|-------------------------------|-------------|

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: CLAUDIA CAROLINA ZAMUDIO ROA

C.C. 52.853.725 DE BOGOTÁ

|      |            |
|------|------------|
| NUIP | 1021666502 |
|------|------------|

Indicativo Serial 3 7495705

| Datos de la oficina de registro - Clase de oficina                      |                                             |                  |                                    |                                        |                                                |        |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------|------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|--------|---|---|---|
| Registraduría <input type="checkbox"/>                                  | Notaría <input checked="" type="checkbox"/> | Número <u>54</u> | Consulado <input type="checkbox"/> | Corregimiento <input type="checkbox"/> | Inspección de Policía <input type="checkbox"/> | Código | A | 6 | H |
| País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía |                                             |                  |                                    |                                        |                                                |        |   |   |   |
| COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ D.C. -----                                 |                                             |                  |                                    |                                        |                                                |        |   |   |   |

|                                                                                    |  |      |  |     |                  |     |                 |           |           |   |          |
|------------------------------------------------------------------------------------|--|------|--|-----|------------------|-----|-----------------|-----------|-----------|---|----------|
| Datos del inscrito                                                                 |  |      |  |     |                  |     |                 |           |           |   |          |
| Primer Apellido                                                                    |  |      |  |     | Segundo Apellido |     |                 |           |           |   |          |
| ZAMUDIO                                                                            |  |      |  |     | ROA              |     |                 |           |           |   |          |
| Nombre(s)                                                                          |  |      |  |     |                  |     |                 |           |           |   |          |
| JUAN DAVID                                                                         |  |      |  |     |                  |     |                 |           |           |   |          |
| Fecha de nacimiento                                                                |  |      |  |     | Sexo (en letras) |     | Grupo Sanguíneo |           | Factor RH |   |          |
| Año                                                                                |  | 2004 |  | Mes | Diciembre        | Día | 30              | MASCULINO |           | O | POSITIVO |
| Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección) |  |      |  |     |                  |     |                 |           |           |   |          |
| COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.                                                  |  |      |  |     |                  |     |                 |           |           |   |          |

| Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO - - - - -                     | A 6082027 - -                     |

|                                              |  |                                  |
|----------------------------------------------|--|----------------------------------|
| Datos de la madre                            |  | Apellidos y nombres completos    |
| ZAMUDIO ROA CLAUDIA CAROLINA                 |  |                                  |
| Documento de identificación (Clase y número) |  | Nacionalidad                     |
| C.C. 52.853.725 DE BOGOTÁ                    |  | <del>XXXXXXXXXX</del> COLOMBIANA |

|                                                                                  |                              |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| <b>Datos del padre</b>                                                           |                              |
| Apellidos y nombres completos<br>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX |                              |
| Documento de identificación (Clase y número)                                     | Nacionalidad                 |
| XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                   | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX |

|                                              |  |
|----------------------------------------------|--|
| Datos del declarante                         |  |
| ZAMUDIO ROA CLAUDIA CAROLINA                 |  |
| Apellidos y nombres completos                |  |
| C.C. 52.853 725 DE BOGOTÁ                    |  |
| Documento de identificación (Clase y número) |  |
| Firma                                        |  |
| Claudio C. Zamudio Roa                       |  |

|                                              |       |
|----------------------------------------------|-------|
| 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 2005 Mes ENE Día 17

NOTA: Nombre y firma del fundacionario que autentica

REGISTRO CIVIL

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



REPUBLICA DE COLOMBIA

TARJETA DE IDENTIDAD No.

1.021.666.502

APELLIDOS

ZAMUDIO RDA

NOMBRES

JUAN DAVID

30/DIC/2004

SEXO

M

CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

GS

ORH

+

27/ENE/2012

BOGOTA D.C., CUNDINAMARCA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

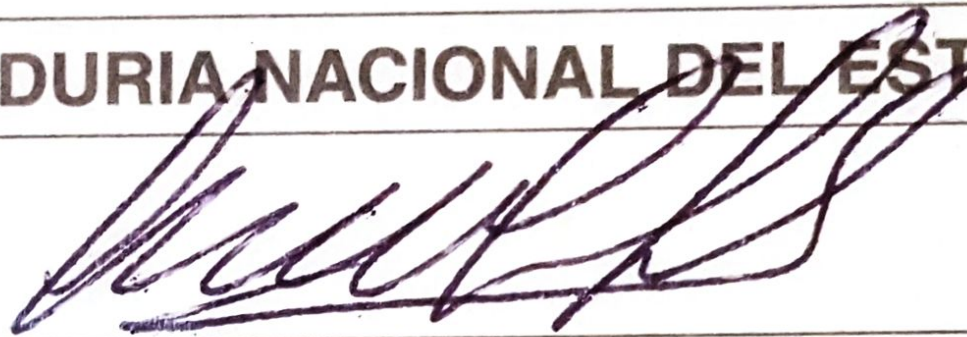
29/DIC/2022

FECHA DE VENCIMIENTO

29402956

PRIMERA V

# REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



FIRMA DEL  
REGISTRADOR MUNICIPAL

INDICE DERECHO

