	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL	
invima	**FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA**		
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO	335/2022			
CONTRATISTA:	ALVARO HERNAN CAMPO DELGADO		**NIT / C.C No. :**	*94063303*
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES AL GRUPO DE REGISTRO SANITARIO DE LA DIRECCIÓN DE ALIMENTOS Y BEBIDAS PARAFORTALECER EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO SANITARIO REALIZANDO LA EVALUACIÓN DE REQUERIMIENTOS JURÍDICOS EN EL PROCEDIMIENTO DE LA EXPEDICIÓN DE NOTIFICACIÓN SANITARIA, PERMISO SANITARIO O REGISTRO SANITARIO, Y TRÁMITES ASOCIADOS DE LOS PRODUCTOS OBJETO DE VIGILANCIA DE ESTA DIRECCIÓN.			
VALOR DEL CONTRATO	$ $42.182.702,40			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**2022/01/19**		**PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS**	**328**
FECHA DE INICIO:	**2022/01/19**		**FECHA DE TERMINACIÓN:**	**2022/12/16**
FECHA PERIODO DE PAGO.	**DE:**	**2022/01/19**	**HASTA:**	**2022/02/18**
PAGO NÚMERO:	**1**		**DEPENDENCIA:**	**REGISTROS SANITARIOS DE ALIMENTOS Y BEBIDAS**
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	Grupo de Sanitarios Registros de Alimentos y Bebidas Dirección de Alimentos y Bebidas ANGELA LORENA RUEDA MONTOYA CORDINADORA			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACCIONES REALIZADAS**	**EVIDENCIAS**
1	Realizar la evaluación legal de conformidad a las reglas jurídicas aplicables respecto de tramites presentados por los usuarios para la concesión de las autorizaciones de comercialización (Registro Sanitario, Permiso Sanitario, Notificación sanitaria	El reporte de tramites estudiados del presente corte, no fue posible generarlo por cuanto el 6 de febrero de 2022 el INVIMA fue objeto de un ataque cibernético y esta situación no ha permitido tener acceso a los aplicativos de registro y verificar la productividad del contratista	

	de alimentos) y demás trámites asociados, de acuerdo con la normativa sanitaria y los procedimientos vigentes.		
2	Apoyar a la Dirección de Alimentos y Bebidas en la proyección jurídica de conceptos y respuestas a las consultas internas, externas, derechos de petición y recursos, relacionadas con los aspectos jurídicos recibidos por cualquier medio de acuerdo con la normativa sanitaria y los procedimientos vigentes de acuerdo con el objeto del contrato.	Atención telefónica via Team requerida por la coordinación de la unidad de registro	**TEAM**
3	Realizar la evaluación jurídica referente al control posterior de los de los registros, permisos y notificaciones sanitarias de alimentos y Bebidas para la verificación del cumplimiento de la normatividad Sanitaria vigente.	El reporte de tramites estudiados del presente corte, no fue posible generarlo por cuanto el 6 de febrero de 2022 el INVIMA fue objeto de un ataque cibernético y esta situación no ha permitido tener acceso a los aplicativos de registro y verificar la productividad del contratista	
4	Apoyar al Grupo de Trabajo de Registros Sanitarios de Alimentos y Bebidas con la revisión jurídica de la apertura para verificación de registros, permisos y notificaciones sanitarias del cumplimiento de la normatividad vigente, derivados de las acciones de inspección vigilancia y control otorgadas a la Dirección de Alimentos y Bebidas.	El reporte de tramites estudiados del presente corte, no fue posible generarlo por cuanto el 6 de febrero de 2022 el INVIMA fue objeto de un ataque cibernético y esta situación no ha permitido tener acceso a los aplicativos de registro y verificar la productividad del contratista	
5	Apoyar en el control, actualización y seguimiento de la información suministrada en los sistemas de		

	información y aplicativos, dispuestos por la Dirección de Alimentos y bebidas para el trámite de las solicitudes de registros sanitarios y trámites asociados.		

Certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas.

3. VIAJES O DESPLAZAMIENTOS (NO APLICA)

4. CUMPLIMIENTO FRENTE A LA OBLIGACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: fotocopia o en medio magnético de la planilla, recibo de pago de aportes a salud, pensiones y ARL, correspondiente al mes de enero del año 2022.

Pago No.	Valor de honorarios	Base de cotización	No. días base de cotización	Valor Pago correspondiente EPS, Pensión y ARL	No. Planilla	Planilla Expedida por (operador)
1	$3.858.174.	1.543.269	15	220.600	1044095180	pago simple

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$42.182.702,40
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	$3.858.174,4
Saldo del contrato	38.324.528,4

6. PUBLICACION EN LA PLATAFORMA SECOP II LAS CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO, INFORMES Y SOPORTES CORRESPONDIENTES

NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
1	x	

Atentamente,



Firma ALVARO HERNAN CAMPO DELGADO
Nombres y apellidos del contratista
Contratista
C.C. No. 94063303

Recibí a satisfacción:



Firma ANGELA LORENA RUEDA MONTOYA
Nombres y Apellidos
Cargo CORDINADORA
Dependencia Grupo de Sanitarios Registros de Alimentos y Bebidas
Dirección de Alimentos y Bebidas
Supervisor(a) Contrato 335 de 2022

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS
	FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN		
	Código: GAD-GCT-FM24	Versión: 01	fecha de emisio 2022-03-09

1. DATOS GENERALES					
CONTRATISTA	**ALVARO HERNAN CAMPO DELGADO**		**NIT/ CC No.**	94063303	
CORREO ELECTRÓNICO	acampod@invima.gov.co		**TELÉFONO**	3155382578	
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión		**NO**		
No. CONTRATO	**335 -2022**		**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**328 dias**	
OBJETO DEL CONTRATO	**prestar servicios profesionales al grupo de registros sanitarios de la direccion de alimentos y bebidas para fortalecer el proceso de aseguramiento sanitario realizando la evalucion de requerimientos juridicos en el procedimiento de expedicion de notificacion sanitaria,permiso sanitario y tramites asociados de los productos objeto de vigilancia de esta dirrecion**				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**2022-01-19**	**FECHA DE INCIO**	**2022-01-19**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**2022-12-16**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 42.182.702,4**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 42.182.702.4**	**VALOR A PAGAR**	**$ 3.858.174**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**38.324.528,4**	**VALOR PAGADO**	**3.858.174**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**1**
TIPO DE PAGO	parcial	**FACTURA / CUENTA N°.**		**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**19 de enero a 18 de febrero de 2022**
BANCO	**Banco Caja Social**	**TIPO DE CUENTA**	**Ahorro**	**No DE CUENTA**	**24083104903**

2. OBSERVACIONES DEL CONTRATO

(Indicar las adiciones, prórrogas, modificaciones, suspensiones, etc., que haya tenido el contrato. También podrá indicar lugar de ejecución y área de intervención cuando sea el caso)

NO

3. SOPORTES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES

En mi calidad de supervisor (a) del contrato, luego de revisar y analizar las actividades realizadas por el contratista, certifico el cumplimiento a satisfacción de las obligaciones contractuales para el presente pago y de la entrega de los soportes que lo acreditan:

Señale los documentos o soportes adjuntos al presente formato

Informe de actividades	SI		**Facturas**	NO	
Pago Parafiscales	NO		**Ingreso a Almacén**	NO	
SGSSI	SI		**Documentos a cargo**	NO	s
Carné	NO		**Otros. Cuales?**	NO	

indique las observaciones respectivas

4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

NÚMERO DE PLANILLA		**1044095180**		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	**2022/01**	2022-02-21	**$ 95.000,00**	**SURA**
PENSIÓN	**2022/01**	2022-02-21	**$ 121.600,00**	**COLPENSIONES**
ARL	**2022/01**	2022-02-21	**$ 4.000,00**	**POSITIVA**

Nota: Los parafiscales corresponden a Sena, ICBF, Caja de compesación según el caso; SGSSI que corresponde a salud, pensión y riesgos laborales. ***Se debe anexar los pagos o planillas.***

5. INFORME PARCIAL DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL

(El supervisor deberà realizar un informe respecto de la ejecuciòn del contrato en la casilla c

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 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.
3. Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe de actividades, correspondiente al período de cobro, objeto de la presente certificación.

En caso de no cumplir con las obligaciones establecidas en el contrato el supervisor debe tener en cuenta el numeral 22 y siguientes del Manual de Supervisión e Interventoria GAD-GCT-MN2 y el numeral 7.8 del Manual de Contratación GAD-GCT-MN1.

Fecha de expedición de la presente certificación:	**AAAA**	**MM**	**DD**	
	2022	3	9	

	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
	Nombre	
	Fecha de revisado:	2022-03-09
ANGELA LORENA RUEDA MONTOYA **Coordinadora** **Grupo de Registros Sanitarios de Alimentos y Bebidas**	**Consecutivo:**	

NOTA 1. Los supervisores deberán allegar los informes y toda la documentación que se deriven de la ejecución del presente contrato al expediente contractual.
NOTA 2. Los supervisores una vez se cumpla el plazo de ejecución del contrato, deberán elaborar el informe final de supervisión, de acuerdo con lo señalado en el manual de Interventoría y Supervisión GAD-GCT-MN2.

DECLARACIÓN JURAMENTADA DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CALCULO DE RETENCIÓN

Bogotá D.C.

Señores
INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA
Ciudad

1. Declaro bajo gravedad de juramento que estoy obligado (a) a declarar renta por el año inmediatamente anterior, en los términos definidos por la normatividad vigente. SI ( ) NO (X)

2. Declaro bajo gravedad de juramento que he contratado o vinculado dos o más personas para desarrollar la actividad cuya remuneración es objeto de retención. SI ( ) NO (X)

3. Declaro bajo gravedad de juramento que en el año anterior o en el año en curso mis ingresos brutos totales provenientes de la actividad, **son inferiores** a 3.500 UVT. ($127.078.000 con UVT año 2021 ($36.308) ($133.014.000 con UVT año 2022 ($38.004))). SI (X) NO ( )

4. Régimen del impuesto sobre las ventas al que pertenezco:
RESPONSABLE DE IVA ____; NO RESPONSABLE DE IVA_NO___

5. Declaro bajo gravedad de juramento, acorde al Art. 387 del Estatuto Tributario que las personas que a continuación relaciono dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos de la norma precitada, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	DOCUMENTO
SOFIA CAMPO VELASCO	9 AÑOS	HIJA	1105382120

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT por concepto de dependientes.

6. Soy pensionado según resolución No._____ (Adjunto copia). SI ( ) NO ( )

7. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un **crédito hipotecario** para adquisición de vivienda, Obligación No._____ con _____, según certificación anexa a la presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de conformidad con el Articulo 383 del Estatuto Tributario y normas reglamentarias, cuyo valor no superara 100 UVT ($3.800.400) por mes

8. Declaro que soy titular de la **cuenta AFC** No. _____ Banco _____, consigno la suma de $_____. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso en mención, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario y demás disposiciones legales vigentes. (adjuntar soporte mensual)

9. Declaro que consigno a **pensiones voluntarias** en el Fondo de Pensiones _____, la suma de $_____,

10. Declaro que soy titular y consigno a **Medicina pre-pagada** _____ la suma de $_____, que no supera las 16 UVT mensuales.(Adjuntar certificación de la entidad del año pasado)

11. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, **SOLO** corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. SI (x) NO ( )

12. Si posee ingresos adiciones a este contrato sobre los cuales aporta seguridad social, enuncie la base (IBC) y el valor pagado sobre la cual aporto Salud y Pensión del ingreso del contrato con el INVIMA

Base (IBC) de Salud	_____	Aporte de Salud	_____
Base (IBC) de Pensión	_____	Aporte de Pensión	_____
Base (IBC) de ARL	_____	Aporte de ARL	_____

13. Autorizo me sea aplicada una tarifa del 10% persona natural no declarante o del 11% persona natural declarante de retencion en la fuente por Honorarios, siendo esta superior a la expresada en el artículo 383 del Estatuto tributario (Retención por Ingresos Laborales) SI ( ) NO (X).

Atentamente,

_____
Firma:
Nombres y Apellidos ALVARO HERNAN CAMPO DELGADO
CC 94063303 de Santiago de Cali

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2022-03-10, 11:42:06 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1044095180

Periodo Cotización: enero de 2022 **Periodo Servicio:** enero de 2022 **Referencia pago (PIN):** 8842384940

PAGADO 21/02/2022

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALVARO HERHAN CAMPO DELGADO		
Documento	CC94063303	**Dirección**	CR 53 #13 - 15 APTO 202B
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3155382
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	CALI	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 94063303	ALVARO HERNAN CAMPO DELGADO	59	00	X																0	15	15	15	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 760.000	$ 121.600	(EPS010) EPS SURA	$ 760.000	$ 95.000	0,522	$ 760.000	$ 4.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 220.600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 760.000	$ 760.000	$ 760.000	$ 0	$ 121.600	$ 95.000	$ 4.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 220.600	$ 0	$ 220.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Protegar el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto [0 2] Actualización

4. Número de formulario 14738577637

(415)7707212489984(8020) 000001473857763 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 4 0 6 3 3 0 3	9	Impuestos de Cali 5	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	9 4 0 6 3 3 0 3	2 0 0 1 0 8 0 2

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CAMPO	DELGADO	ALVARO	HERNAN

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

41. Dirección principal: CR 53 13 15 AP 202 UR ALFEREZ REAL I

42. Correo electrónico: alvarohcd@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 5 5 3 8 2 5 7 8	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
6 9 1 0	2 0 1 8 0 3 1 2						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros	Exportadores
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	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 2022 - 01 - 13 / 20 : 43: 01

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:

984. Nombre CAMPO DELGADO ALVARO HERNAN
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

ALVARO HERNAN CAMPO DELGADO Identificado con CC 94063303

Actualmente tiene(n) Cuentamiga, radicado(a) en la oficina , con las siguientes características:

Número:	24083104903
Fecha de apertura:	21 de Marzo de 2018
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, el 21 del mes Febrero de 2022.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1105382120

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52455471

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código T 2 Z

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

NOTARIA 9 CALI COLOMBIA VALLE CALI

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CAMPO	VELASCO

Nombre(s)

SOFIA

Fecha de nacimiento: Año 2 0 1 2 Mes M A Y Día 2 5

Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
FEMENINO	O	+

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

COLOMBIA VALLE CALI

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO	11242484-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

VELASCO FEDROZA NORHA ELENA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0029785152	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CAMPO DELGADO ALVARO HERNAN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0094063303	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CAMPO DELGADO ALVARO HERNAN

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0094063303	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción

Año 2 0 1 2 Mes M A Y Día 2 6

Nombre y firma del funcionario que autoriza

MAGALY RESTREPO RIVERA

Nombre y firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA NOTARIA 9 CALI VALLE

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-6 TEL. 430 2100

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -