

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

Contrato No.	ADRES- CPS -121- 2022			
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Martha Carolina Angulo Posse			
Nombre del Supervisor y/o Interventor	Camilo Andres Plazas Veloza	Teléfono / Extensión	Incluir Tel. o Ext.	
Dependencia	Dirección de Otras Prestaciones			
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES para las actividades relacionadas con la ejecución del proceso de saneamiento definitivo de las cuentas de recobro relacionadas con los servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC del régimen contributivo según lo dispuesto en el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019 y el Decreto 521 de 2020, así como las demás normas que los modifiquen o sustituyan.			
Fecha de Inicio	24/01/2022	Fecha de Terminación	31/12/2022	

Periodo del Informe de Actividades	Desde	1/08/2022	Hasta	31/08/2022
Adición y/o Prórroga	CDP 532 del 5 de agosto 2022 RP 20447 de 30 de agosto 2022			
Suspensión	NA			
Cesión	NA			

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES ⁱ				
Obligación contractual		Actividad desarrollada	Producto y/o Entregables	Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación
1	Apoyar en la emisión de insumos y demás documentos que se requieran para la planeación y desarrollo del proceso de saneamiento definitivo de las cuentas de recobro relacionadas con los servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC	<p>Se apoyó en la realización del la minuta contratos de transacción procesos judiciales.</p> <p>Se apoyó en la realización del la minuta contratos de transacción lote de 5 paquetes de la EPS Sanitas.</p> <p>Se realiza archivo de Excluidos y anexo 3 para paquetes APF_RA_1021 y APF_0322-0422.</p> <p>Se realiza las certificaciones de solicitud a Ministerio de Hacienda para los paquetes APF_RA_1021, APF_1121, APF_RA_0222-0322, APF_0222, APF_0322-0422.</p>	Archivo Obligacion 1	N/A

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

		Se realiza las certificaciones de solicitud a Ministerio de Hacienda para las EPS S.O.S y COMPENSAR.		
2	Elaborar los documentos que se suscriban para el desarrollo del proceso de saneamiento definitivo de las cuentas de recobro relacionadas con los servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC.	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	No Aplica	N/A
3	Apoyar en la revisión de la consistencia de la información que se disponga para la elaboración de los acuerdos de pago, contratos de transacción, actas, certificados, actos administrativos y demás documentos que sean necesarios en el trámite del proceso de saneamiento definitivo de las cuentas que sean presentadas ante la ADRES.	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	No Aplica	N/A
4	Elaborar la documentación y archivos que sean presentados ante el Comité de Conciliación u otras áreas de la ADRES, entidades privadas y públicas durante el proceso de saneamiento definitivo de las cuentas de los servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	No Aplica	N/A
5	Elaborar las respuestas a las observaciones que realicen los distintos actores que conforman el Sistema de Seguridad Social en Salud durante el trámite de verificación, reconocimiento y pago de las cuentas que son presentadas en el marco del proceso de saneamiento definitivo.	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	No Aplica	N/A
6	Elaborar las respuestas a las consultas y peticiones presentadas por actores que conforman el Sistema de Seguridad Social en Salud y de los entes de inspección,	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	No Aplica	N/A

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

	vigilancia, control e investigación que estén relacionadas con el saneamiento definitivo previsto en el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019.			
7	Dar respuesta a los requerimientos internos y demás reportes sobre el avance del proceso de saneamiento definitivo de las cuentas de los servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC.	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	No Aplica	N/A
8	Participar en las reuniones o mesas de trabajo que se adelanten durante el trámite de las cuentas de recobro de servicios y tecnologías de salud no financiados con la UPC que hayan sido presentados en el proceso de saneamiento definitivo.	<p>Se participo en las siguientes reuniones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agosto 01 8:00am Continuar revisión minuta APF_PJ 2. Agosto 01 14:15pm Continuar revisión minuta APF_PJ 3. Agosto 02 8:00am Formato desistimiento 4. Agosto 02 16:00pm Archivos solicitud información EPS-APF_PJ 5. Agosto 04 7:00am Contratos de Transacción 6. Agosto 11 7:00am Contratos de Transacción 7. Agosto 11 10:00am Proceso de saneamiento-Contratos de transacción- Savia Salud 8. Agosto 12 10:15am Claridad solicitud de la información APF_PJ. 9. Agosto 12 11:00am Claridad solicitud de la información APF_PJ(Saludcoop). 10. Agosto 12 12:00pm Inquietudes contratos de transacción APF_1121, APF_RA_1021 y APF_0322-0422 (Aliansalud). 	Archivo Obligacion 8	N/A

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

		<p>11. Agosto 16 8:00am Revisión consulta contratos de transacción.</p> <p>12. Agosto 18 7:00am Contratos de Transacción</p> <p>13. Agosto 18 9:30am Información APF_PJ.</p> <p>14. Agosto 19 11:30am Trabajo excluidos Coomeva, Aliansalud y Salud total.</p> <p>15. Agosto 23 8:00am Revisión certificaciones MinHacienda lote 5 pktes.</p> <p>16. Agosto 23 10:30am Continuar revisión certificaciones MinHacienda lote 5 pktes.</p> <p>17. Agosto 24 9:00am Comunicaciones PN</p> <p>18. Agosto 25 7:00am Contratos de Transacción</p> <p>19. Agosto 26 14:45pm Revisión certificaciones SOS y COMPENSAR.</p> <p>20. Agosto 26 15:00pm Información Importante.</p> <p>21. Agosto 29 7:30am contratos de transacción procedimiento - información PJ - avance comunicación OAJ.</p> <p>22. Agosto 29 10:45am Comunicaciones.</p> <p>23. Agosto 29 15:15pm Actualización SECOP II.</p> <p>24. Agosto 30 9:00Am Revisión certificación .</p> <p>25. Agosto 31 11:00Am Diligenciamiento Formato</p>		
9	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato que para el efecto le asigne la Dirección de Otras Prestaciones	<p>Se realizo lectura del documento GEDO-FR13 Instructivo, Nomenclatura Paquetes, Presentacion contratos de transacción,</p> <p>Se realizo archivo Asignacion de Orfeos con un total de 235 item.</p>	Archivo Obligación 9	N/A

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

		<p>Se realizo archivo Actividad Orfeos con un total de 196 item.</p> <p>Se realizo apoyo a en generación, cargue y cierre de Orfeos archivo "Copia de asignacion validacion documental 4 al 12 de agosto radicacion" para un total de 28 duplicidades.</p> <p>Se realizo apoyo a en generación, cargue y cierre de Orfeos archivo "Copia de asignacion validacion documental 25 de julio al 3 de agosto captura" para un total de 49 items.</p>		
--	--	---	--	--

Hago constar que durante el periodo reportado se adelantaron las anteriores obligaciones y/o actividades.



Firma del Contratista

Fecha: 1/09/2022

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
\$ 57.586.524	\$29.913.000	\$4.798.877	\$0	\$ 22.874.647

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de CUATRO MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS (\$4.798.877)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES

Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	9437914523	\$240.000	1/07/2022	31/07/2022	02/09/2022
Pensión	9437914523	\$307.200	1/07/2022	31/07/2022	02/09/2022
ARL	9437914523	\$10.100	1/07/2022	31/07/2022	02/09/2022

El Contratista tiene otros Contratos de Prestación de Servicios:

SI ☐ NO ☒

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

En la eventualidad que la Supervisión verifique que la información suministrada por el Contratista no es consistente o carece de validez, ésta deberá indicar las acciones tomadas: Realizar una breve descripción del hallazgo (Adjuntar soportes)

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el (los) supervisor (es) certifica(n) que:

1. El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato o Convenio en mención.
2. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por el (la) Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato o Convenio en mención.
3. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.
4. Verifique la matriz de riesgos del contrato y se estableció, que no se ha materializado ninguno de los riesgos.

OBSERVACIONES	NA
ANEXOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprobante del pago de los Aportes respectivos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales por parte del Contratista. 2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente, suministrado por la entidad. 3. Soportes contractuales cargados en la sección 7 del contrato electrónico (Formato comprimido). 4. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen sea Simplificado o Común. <ol style="list-style-type: none"> a. Si el contratista está obligado a facturar electrónicamente, deberá presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN, como requisito necesario para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020 5. En caso de primer pago debe aportar: <ol style="list-style-type: none"> a. Los soportes relacionados en el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente.

En constancia, firma:



CAMILO ANDRES PLAZAS VELOZA

Supervisor (es)/Interventor (es)

En constancia, el presente documento se entiende aprobado por las partes una vez el usuario supervisor del contrato efectue la aprobación respectiva en la plataforma de SECOP II.

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 1/09/2022

ⁱ Incluir las obligaciones específicas pactadas en el Contrato y/o Convenio.

CIUDAD: Bogota D.C.

FECHA: 01/09/2022

CUENTA DE COBRO

(Aplicable para Personas Naturales que pertenecen al Régimen Simplificado Art. 499 Estatuto Tributario)

ADQUIRIENTE DEL SERVICIO Y NIT: ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD- ADRES. **NIT:** 901037916-1

DEBE A:

NOMBRE: Martha Carolina Angulo Posse

IDENTIFICACIÓN: CC ☒ NIT ☐ No. 1,110,460,851

CONTRATO No.: ADRES- CPS -121- 2022

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES para las actividades relacionadas con la ejecución del proceso de saneamiento definitivo de las cuentas de recobro relacionadas con los servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC del régimen contributivo según lo dispuesto en el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019 y el Decreto 521 de 2020, así como las demás normas que los modifiquen o sustituyan.

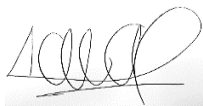
PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 01/08/2022 **HASTA:** 31/08/2022

LA SUMA DE: CUATRO MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS (\$4.798.877)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Calle 15 # 28-20 casa 48 Villas de San Andres

TELÉFONO: 3213750396



FIRMA
C.C 1,110,460,851

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110460851		ANGULO POSSE MARTHA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 15 #28-20	FUNZA-CUNDINAMARCA	3009991	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2022-07	2022-07	1633298529		9437914523	I	2022/08/11	2022/09/02	NEQUI	\$607,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,919,551	\$307,200			\$1,919,551	\$240,000			\$1,919,551	\$38,400			\$1,919,551	\$10,100		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,919,551	\$307,200			\$1,919,551	\$240,000			\$1,919,551	\$38,400			\$1,919,551	\$10,100		\$0	\$0	
Ciudad: FUNZA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					\$1,919,551	\$307,200			\$1,919,551	\$240,000			\$1,919,551	\$38,400			\$1,919,551	\$10,100		\$0	\$0	
1	CC	1110460851	ANGULO MARTHA	231001	30	\$1,919,551	\$307,200	EPS037	30	\$1,919,551	\$240,000	CCF24	30	\$1,919,551	\$38,400	14-23	30	\$1,919,551	\$10,100	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,919,551	\$307,200			\$1,919,551	\$240,000			\$1,919,551	\$38,400			\$1,919,551	\$10,100		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110460851		ANGULO POSSE MARTHA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 15 #28-20	FUNZA-CUNDINAMARCA	3009991	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2022-07	2022-07	1633298529		9437914523	I	2022/08/11	2022/09/02	NEQUI	\$607,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$307,200	\$5,900	\$0	\$313,100	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$307,200	\$5,900	\$0	\$313,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$10,100	\$200	\$0	\$10,300	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$10,100	\$200	\$0	\$10,300	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$38,400	\$800	\$0	\$39,200	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$38,400	\$800	\$0	\$39,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$240,000	\$4,600	\$0	\$244,600	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$240,000	\$4,600	\$0	\$244,600	
TOTAL				1	\$595,700	\$11,500	\$0	\$607,200	

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA PERSONAS NATURALES AÑO 2022

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Martha Carolina Angulo Posse	1.110.460.851

Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:

Régimen del impuesto sobre las ventas al que pertenezco: COMUN ☐ SIMPLIFICADO ☒

Código Actividad Económica 8541 Tarifa ICA 9.66

Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-121-2022

Fecha de Inicio: 24-01-2022 Fecha de Terminación: 31-12-2022

Valor inicial del Contrato: \$ 38.391.016

Valor total del contrato: \$ 57.586.524

Prórroga: SI ☒ NO ☐

Valor mensual por concepto de Honorarios: \$4.798.877

1. Declaro bajo gravedad de juramento que para desarrollar la actividad por prestación de Honorarios y por compensación por servicios personales, no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados, por lo cual solicito aplicar la retención en la fuente del Art. 383, servicio clasificado como Renta de trabajo según el artículo 103 del Estatuto Tributario. De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule dos (2) o más trabajadores asociados a mi actividad económica, me comprometo a informarles.
2. Declaro bajo gravedad de juramento en el marco de lo estipulado en el Decreto 099 de 2013, Artículo 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:

TIPO DE DOCUMENTO	No. DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	CALIDAD DEPENDIENTE (*)
RC	1034670710	Emmanuel Suarez Angulo	a)

Avenida Calle 26 # 69 - 76 Torre 1 Piso 17.
Centro Empresarial Elemento- Teléfono 4322760

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA PERSONAS NATURALES AÑO 2022

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

- a) Hijos que tienen hasta 18 años de edad y dependen económicamente de mí.
- b) Hijos con edades entre 18 y 23 años cuya educación está a mi cargo en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación para el trabajo y el desarrollo humano debidamente acreditados por la autoridad competente.
- c) Hijos mayores de 23 años que se encuentran en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.
- d) Cónyuge o compañero permanente que se encuentra en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.
- e) Padres y/o hermanos que se encuentran en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificados por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.

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.

3. Igualmente, con mi firma declaro: que mi cónyuge Paulo Giovanny Suarez Núñez identificado (a) con la C.C. No 80.070.854 no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
4. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un crédito hipotecario para adquisición _____ de _____ vivienda, Obligación _____ de _____, según certificación del año 2019; anexa al presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de conformidad con el estatuto tributario vigente y normas reglamentarias, en particular lo establecido en el Decreto 099 de 2013, artículo 2, numeral 1, hasta 100 uvt.

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA PERSONAS NATURALES AÑO 2022

5. Declaro que soy titular de la cuenta AFC No. _____ del Banco _____, a la cual consigno mensualmente la suma de (\$ _____), de la cual anexo la certificación bancaria. 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, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, y además disposiciones legales vigentes.

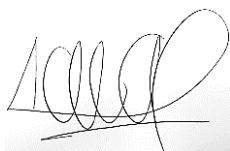
6. Declaro que mensualmente consigno a pensiones voluntarias _____ la suma de (\$ _____), de la cual anexo certificación del Fondo de Pensiones. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-1 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, y además disposiciones legales vigentes.

Nota: Para los numerales 5 y 6 la sumatoria de los aportes no debe exceder del 30% del ingreso laboral. _____

7. Declaro que consigno a Medicina pre-pagada _____ la suma de (\$ _____), (anexar certificación del año inmediatamente anterior) _____ que no supera las 16 UVT mensuales

8. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. (Anexar planilla de liquidación según Artículo 56 del Estatuto Tributario)

Atentamente,



Firma

Cédula de ciudadanía: 1.110.460.851 de Ibagué

Bogotá D.C 01/09/2022

Avenida Calle 26 # 69 - 76 Torre 1 Piso 17.
Centro Empresarial Elemento- Teléfono 4322760

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

NUIP 1034670710

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

55269030

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 49 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A Z F

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA BOGOTA D C

Datos del inscrito

Primer Apellido

SUAREZ

Segundo Apellido

ANGULO

Nombre(s)

EMMANUEL

Fecha de nacimiento

Año

2018

Mes

SEP

Día

23

Sexo (en letras)

MASCULINO

Grupo sanguíneo

A

Factor RH

POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA BOGOTA D C

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

14971869-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ANGULO POSSE MARTHA CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 1110460851 de IBAGUE

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

SUAREZ NUÑEZ PAULO GIOVANNY

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 80070854 de BOGOTA D C

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SUAREZ NUÑEZ PAULO GIOVANNY

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 80070854 de BOGOTA D C

Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

No. 0 de 0

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

No. 0 de 0

Firma

Fecha de inscripción

Año

2018

Mes

OCT

Día

04

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JESUS GERMAN RUSINQUE FORERO

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Notaria

49

JESUS GERMAN RUSINQUE FORERO

NO NOTARIO