CUENTA DE COBRO

DOCUMENTO SOPORTE A LA NOTA DE CONTABILIDAD AUTORIZADA POR EL ARTICULO 4º. DEL DECRETO REGLAMENTARIO 380/96 DE LA LEY 223/95 SOBRE COMPRAS A PERSONAS QUE PERTENECEN AL REGIMEN SIMPLIFICADO

FECHA: MARZO de 2018

Yo JUAN MANUEL GONZALEZ LUQUE identificado con la cedula de ciudadanía No. 11.434.154 **de Facatativá.**

Manifiesto que la empresa: **CENAC DE PERSONAL, NIT: 900385079-8**

Me adeuda la suma de:

Ocho millones de pesos M/CTE ($ 8.000.000.00)

Por concepto de:

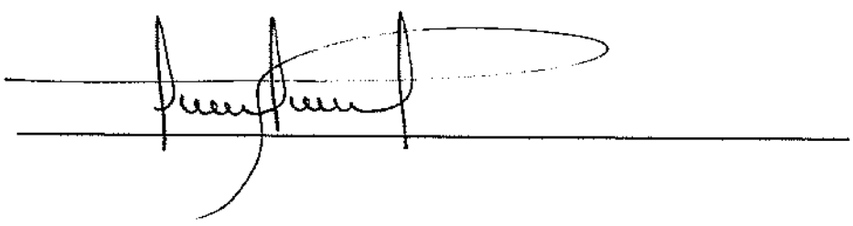
Prestar los servicios de apoyo a la Gestión como: ASESOR EN CIENCIAS MILITARES ESPECIALIZADO EN ESTADO MAYOR.

PAGO CORRESPONDIENTE AL MES DE MARZO DE 2018

CONTRATO No. 456 CENAC PERSONAL 2018

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo con el Art. 42 del Decreto 3541 de 1983 y Art. 511 del Estatuto Tributario, no estoy obligado a expedir factura de venta.

Nombres y apellidos: **JUAN MANUEL GONZALEZ LUQUE**
Identificación: **11.434.154**
Lugar de Residencia: **Calle 9 No. 8 a 23 Facatativá**
Teléfono : **3163389522**
Cuenta Corriente : **450460009589 DAVIVIENDA**

Firma 

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL

CENAC DE PERSONAL
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN FISCAL

INFORME DE GESTIÓN

Bogotá D.C, Marzo de 2018

1. No. DEL CONTRATO	No. 456 – CENAC PERSONAL - 2018
2. FECHA SUSCRIPCIÓN CONTRATO	26-ENE-2018
3. POLIZA DE SEGUROS	N/A – SECOP II
4. CRP	N/A – SECOP II
5. FECHA INICIO EJECUCIÓN CONTRACTUAL	N/A - SECOP II
6. CONTRATISTA	Nombre completo: JUAN MANUEL GONZÁLEZ LUQUE Identificación: C.C. 11.434.154 Nacionalidad: COLOMBIANA Dirección – ciudad de residencia: CALLE 9 # 8 A 23- Facatativá. Teléfono de contacto: 3163389522 E-mail de contacto: jumago_11@hotmail.com
7. SUPERVISOR	Nombre completo: CR. ARMANDO RODRÍGUEZ JIMÉNEZ Cargo: Director de Análisis y Desarrollo Administrativo Resolución de Delegación No. 022 del 09 de Enero de 2018
8. OBJETO CONTRACTUAL	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN CIENCIAS MILITARES ESPECIALISTA EN COMANDO Y ESTADO MAYOR PARA ASESORAR AL DEPARTAMENTO CEDE-8 - DIRECCIÓN DE SUSTENTABILIDAD FISCAL " DISFI" DEL EJERCITO NACIONAL
9. OBLIGACIONES CONTRACTUALES	1. Asesorar al Departamento de Gestión Fiscal para la formulación y difusión de políticas tendientes al logro del fenecimiento de la cuenta fiscal del Ejército Nacional. 2. Asesorar al Departamento de Gestión Fiscal para hacer efectivos los preceptos de buen manejo de los recursos públicos. 3. Asesorar al Departamento de Gestión Fiscal para promover ejercicios responsables y consientes de las actividades de atención y cumplimiento de los entes de control. 4. Asesorar al Departamento de Gestión Fiscal en la estructuración de instrumentos necesarios papa proponer esquemas de sustentabilidad en el manejo de recursos vitales para el funcionamiento del Ejército. 5. Asesorar al Departamento de gestión fiscal en la elaboración de planes encaminados a fortalecer la debida interacción con los entes de control para la rendición de las auditorias establecidas para las unidades del Ejército Nacional.

10. DOCUMENTOS QUE SOPORTAN EL CUMPLIMINETO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES	

OBLIGACION	No. RADICADO	DESCRIPCION	FECHA RAD.
1,2,3,5,6,7,9		ELABORACIÓN DEL PLAN CON EL FIN DE CAPACITAR A LOS ESTADOS MAYORES DE LAS DIVISIONES DEL EJÉRCITO, EN EL FENECIMIENTO DE LA CUENTA FISCAL. ELABORACIÓN DE LA DOFA, DOFA CRUZADA Y MATRIZ DE AFINIDAD DE IMPACTO PARA EL CEDE-8.	05-03-2018

11. CONSTANCIAS	Dejo constancia que durante el plazo de ejecución del contrato, no se han configurado los presupuestos legales del contrato laboral y que he gozado de plena autonomía para ejecutar las obligaciones contractuales relacionadas en el contrato. Así mismo, tanto la suscrita y el Ministerio de Defensa – Ejército Nacional – Unidad Ejecutora ha dado cumplimiento a las obligaciones legales y contractuales registradas en el contrato.

Para constancia se firma en **Bogotá D.C. en el mes de Marzo de 2018**

CR (RA) JUAN MANUEL GONZÁLEZ LUQUE
C.C. No. 11.434.154 de Facatativá

Bogota, Marzo de 2018

Señor
Ordenador del gasto

Ref : Certificación de cumplimiento de requisitos como empleado

Yo, **JUAN MANUEL GONZALEZ LUQUE** identificado con Cedula de Ciudadania No. 11.434.154 expedida en Facatativá, me permito manifestar lo siguiente bajo la gravedad de juramento

CATEGORIA TRIBUTARIA DE EMPLEADO	SI	NO
soy residente del Pais	x	
Para la prestacion del servicio con el empleador Ejército Nacional requiero la utilizacion de materiales o equipos especializados		x
mis ingresos provienen en un 80% o mas de la prestacion de servicios de manera personal o vinculacion laboral directa con mi empleador Ejército Nacional	x	

Informacion Adicional :	SI	NO
Estoy obligado a presentar Declaracion de Renta por el año gravable inmeditamente anterior	x	
Mis ingresos totales en el año inmediatamente anterior superaron 4,073 UVT .		x

Por favor, tenga en cuenta:

El valor de los aportes obligatorios del Sistema de Seguridad Social deben corresponder al 40% del Valor de Contrato

La deducción de la base de retención por concepto de Interés de Vivienda o Leasing Habitacional no podrá ser solicitada por más de un contribuyente en relación con el mismo bien inmueble. Anexar pago

Pago de medicina prepagada del trabajador, Anexar pago.

Personas Dependientes: Menores de edad, discapacidad certificada por el Instituto Nacional de Medicina Legal ó Empresa Administradora de Salud. La deducción de la base de retención no podrá ser solicitada por más de un contribuyente en relación con el mismo Dependiente y será hasta una (1) persona por grupo familiar. Anexar Registro civil

Cuando la información se entregue de manera extemporánea, el pagador solamente la tendrá en cuenta para efecto del cálculo de la retención en la fuente aplicable a los pagos o a bonos en cuenta que se efectúen con posterioridad a la actualización de la información. No se podrán modificar ni ajustar las retenciones en la fuente practicadas o que hayan debido practicarse con anterioridad a la entrega de la información.

FIRMA _____
NOMBRE : JUAN MANUEL GONZALEZ LUQUE
No. Cedula : 11.434.154 de Facatativá

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 2

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO	PERIODOS DE COTIZACION SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO	NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA (PUBLICA / PRIVADA / MIXTA)	CLASE DE APORTANTE (PEQUEÑO / GRANDE / INDEPENDIENTE)	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
CC	11434154	JUAN MANUEL GONZALEZ LUQUE	U: X			3	2018	3	2018	26056040	PRIVADA: X	INDEPENDIENTE: X	14-28	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREG ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
CL 9 B A 23 AP 101	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTA, D. C	11	8422380		jumugo_11@hotmail.com	7490	0	1	2018/03/06	319571035

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA ORI	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
MIN001	9010379185-1	400,000	0		0		0	400,000	0	0	0	400,000	0		0	0	400,000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
25-14	900336004-7	512,000	0	0	32,000	0	0	0	544,000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-28	800256161-9	78,000		0	0	78,000
DIAS MORA	INTERES MORA COTI	SUBTOTAL APORT COTIZ	Nro. RADICAC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR	FONDO SOLIDARIDAD	TOTAL A PAGAR
0	0	78,000	0	0	780	78,000

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SEN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

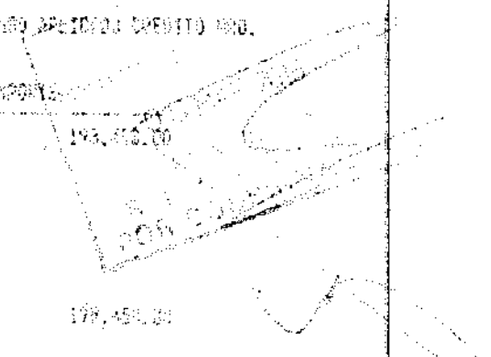
VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE REAJ.MAIPP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	544,000	544,000
SALUD	400,000	400,000
RIESGOS LABORALES	78,000	78,000
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	1,022,000	1,022,000

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

BBVA



- CLIENTE -

Colsanitas

Compañía de Medicina Prepagada Colsanitas S.A.
NIT. 860078828 - 7
(VIGILADO SUPERSALUD RESOLUCIÓN 2033 de 1992)
CL 100 # 11 B 67 PBX: 4871920
BOGOTA D.C.

22/02/2018

JUAN MANUEL GONZALEZ LUQUE
CL 9 No. 8 A - 23 APTO 101
FACATATIVA CUNDINAMARCA

Contrato: 1010347392

REFERENCIA DE PAGO 1010347392
FACTURA DE VENTA No. 1-876252

Somos Grandes Contribuyentes Según Resolución DIAN No.000076 del 01/12/2016
Somos Grandes Contribuyentes de los impuestos Distritales de Bogotá según Resolución DDI No. 010761 del 30-03-2016 .
Auto retenedores según Resolución No. 0006507 de 06/07/2010
Agente de Retención de I.V.A e I.C.A - Régimen Común
No sujetos a Retención de I.C.A e I.V.A.
Resolución DIAN Factura por Computador No. 18762003038508 de 26/04/2017 Rango del No. 1-1 al 1-2100000 Vencimiento 18 meses
Actividad Económica CIIU 8699

	11434154
Fecha de Expedición:	01/03/2018
Pagar antes del:	06/03/2018
Suspensión de servicios a partir de:	11/03/2018

CONCEPTO	VALOR
Cuota Del Periodo 01/03/2018 A 31/03/2018	$ 189.000
Iva 5%	$ 9.450
Valor Total	$ 198.450

EXTRACTO AL 21 de Febrero de 2018

Fecha	Concepto	Transacción	Valor Crédito	Valor Débito	Saldo
	Saldo al 19 de Enero de 2018				$ 0
19-01-2018	FACTURA	1-787214	$ 198.450		$ 198.450
01-02-2018	PAGO	4680697		$ 198.450	$ 0
	Saldo al 21 de Febrero de 2018				$ 0

Factura del periodo: 01/03/2018 a 31/03/2018	$ 198.450	Valor total a pagar:	$ 198.450

Por ser usuario Colsanitas tienes acceso exclusivo a descuentos y promociones de las marcas más reconocidas, a través de nuestro programa Privilegios Colsanitas. Ingresa a www.colsanitas.com a través de nuestra oficina virtual sección: Privilegios y conoce todos nuestros aliados.Para mayor información comunícate con Colsanitas en Línea 4871920 en Bogotá o línea gratuita nacional 01 8000 979020 digitando la opción 3-1

Para pagar favor utilizar este cupón

Colsanitas

NIT. 860078828 - 7

MEDIOS DE PAGO DE BANCOS

Entidad	Ventanilla	Internet	Telefónica	Débito	Cajero	PSE**
Banco Davivienda	✓	✓	COD 006	✓	COD 66	✓
Banco de Bogotá	✓	✓	✓	✓	COD 6807	✓
Banco BBVA	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Banco AvVillas	✓	✓	✓	✓	COD 6807	✓
Banco Colpatria	✓	✓		✓		✓
Otros				✓		✓

* Debito de otras entidades Bancolombia, Banco de Occidente, Banco BCSC, Citibank, Banco GNB Sudameris, Itau, Banco Popular, Banco Corpbanca
** Aplica para todos los bancos del sistema bancario a excepción de Banco Agrario.
Si pagas con cheque por favor gíralo a nombre de COLSANITAS S.A NIT 860078828-7 Diligencia el espacio en blanco de cantidad, número, teléfono, tipo y número de documento de identificación.

(415)7707280342006(8020)000010347392(3900)000000198450(96)20180331

DIA	MES	AÑO	CIUDAD	REFERENCIA PARA PAGO
				1010347392
CONTRATO No. 1010347392		VALOR CUOTA PERIODO $ 198.450		PARA PAGO TOTAL CANCELE $ 198.450

FORMA DE PAGO: EFECTIVO

CHEQUE No. COD. BCO

TARJETA No. CÓDIGO TOTAL

COPIA

SOCIEDAD DE CONTABILIDAD AL SERVICIO DE
AUDITORIA PRIVADA No. 13972810

MEDICINA PREPAGADA No. 5001155668

Diligencie en letra imprenta, en tinta negra y dejando un espacio en blanco entre palabras

SOLICITUD PARA	Afiliación nueva	X Inclusión	Grupo empresarial al que pertenece	Fecha de diligenciamiento	Fecha inicio cobertura
1010947392 (Número de Contrato)	1 (Consecutivo)			23 02 2018 (DD MM AAAA)	01 03 2018 (DD MM AAAA)

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Tipo	No. documento de identidad	Nombres y Apellidos / Razón Social					
CC	11434154	JUAN MANUEL GONZALEZ LUQUE					
Fecha de nacimiento	Genero	Departamento de nacimiento	Ciudad o Municipio de nacimiento			Nacionalidad extranjero	
06 02 1967	M	INEXISTENTE	INEXISTENTE			SI	NO X
Dirección completa de residencia o correspondencia							
CALLE 9 # 8 A - 23 APTO 101							
Departamento		Ciudad o Municipio		Teléfono trabajo		Teléfono celular	
CUNDINAMARCA		FACATATIVA					
Dirección completa de correspondencia (contratante)							
CL 9 No. 8 A - 23 APTO 101							
Departamento		Ciudad o Municipio		Teléfono trabajo		Teléfono celular	
CUNDINAMARCA		FACATATIVA					

INFORMACIÓN DEL TITULAR (Aplica para familia de contrato colectivo)

Tipo	No. documento de identidad	Nombres y Apellidos / Razón Social					
CC	11434154	JUAN MANUEL GONZALEZ LUQUE					
Fecha de nacimiento	Genero	Departamento de nacimiento	Ciudad o Municipio de nacimiento			Nacionalidad extranjero	
06 02 1967	M	INEXISTENTE	INEXISTENTE			SI	NO X
Dirección completa de residencia o correspondencia							
CALLE 9 # 8 A - 23 APTO 101							
Departamento		Ciudad o Municipio		Teléfono trabajo		Teléfono celular	
CUNDINAMARCA		FACATATIVA					
Dirección completa de correspondencia (contratante)							
CL 9 No. 8 A - 23 APTO 101							
Departamento		Ciudad o Municipio		Teléfono trabajo		Teléfono celular	
CUNDINAMARCA		FACATATIVA					

INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS A AFILIAR (Incluir al Titular si va a ser usuario)

Documento de identidad

No.	Tipo	Número	1er Nombre	2do Nombre	1er Apellido	2do Apellido	Fecha Nacimiento (DD MM AAAA)	Género (F / M)	Parentesco	Estado Civil	Nacionalidad	Ciudad de Residencia	Municipio de Residencia
1	TI	1001369100	NATALIA ANDREA		GONZALEZ	DUARTE	01 08 2003	F	HIJO(A)	SOLTER	S	ANTIOQUIA	MEDELLIN

Declaración de salud del solicitante y de cada uno de los beneficiarios (Titular, cónyuge, compañero(a) permanente, padres, hijos y demás relacionados en la solicitud de afiliación)

Para todos los efectos del contrato, declaro bajo la gravedad del juramento que el estado de mi salud es el siguiente:

OBSERVACIONES SOLICITUD DE CONTRATACIÓN

PAGO POR PSE Grupo asociado 501 - MINDEFENSA EJERCITO

INFORMACIÓN DEL PAGO (Espacio para ser diligenciado por la Compañía)

Periodicidad de pago	Valor cuota mensual	Otro (para cuota especial mensual)	FORMA DE PAGO	VALOR
MENSUAL	$ 189.000	$ 0		
Valor descuento por nómina (si aplica)	Subtotal (Expresado en Cifras)	Cuota de inscripción		
$ 0	$ 189.000	$ 0		
IVA	TOTAL A PAGAR			
$ 9.450	$ 198.450			

Los productos que prestará el servicio se designan en adelante, como LA COMPAÑIA.
LOS FIRMANTES, TITULAR Y CONTRATANTE, HACEMOS CONSTAR Y ACEPTAMOS QUE:

1. El (los) solicitante(s) declara(n) bajo la gravedad de juramento que toda la información consignada en la presente solicitud de afiliación es veraz y completa. Que conoce(n) y acepta(n) todas las condiciones del contrato, especialmente las condiciones de tarifas, deducibles, copagos, cuotas moderadoras, exclusiones, preexistencias, periodos de carencia, requisitos de oportunidad, procedimientos y demás condiciones establecidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y en el Plan Adicional de Salud (PAS) ofrecido por LA COMPAÑIA. 2. LA COMPAÑIA prestará los servicios de salud incluidos en el POS y en el PAS, a través de la red de prestadores de servicios de salud contratada por LA COMPAÑIA, en el municipio de residencia del afiliado, siempre y cuando el afiliado cumpla con los requisitos establecidos en el contrato. 3. La prestación de servicios de salud no incluidos en el POS y en el PAS, así como la prestación de servicios de salud en municipios diferentes al de residencia del afiliado, serán prestados por LA COMPAÑIA mediante el reconocimiento económico de la tarifa establecida en el contrato. 4. El (los) solicitante(s) declara(n) que no padece(n) ninguna enfermedad o limitación física o mental que no haya sido informada a LA COMPAÑIA. 5. La información suministrada en la presente solicitud de afiliación podrá ser verificada por LA COMPAÑIA en cualquier momento. 6. La información suministrada en la presente solicitud de afiliación podrá ser utilizada por LA COMPAÑIA para el envío de información relacionada con el contrato de afiliación. 7. Que conoce(n) y acepta(n) que la información relacionada con el estado de salud del afiliado es de carácter reservado y que LA COMPAÑIA solo podrá suministrarla a terceros previa autorización escrita del afiliado. 8. El (los) solicitante(s) declara(n) que conoce(n) y acepta(n) que la información relacionada con el estado de salud del afiliado es de carácter reservado y que LA COMPAÑIA solo podrá suministrarla a terceros previa autorización escrita del afiliado. 9. El (los) solicitante(s) declara(n) que conoce(n) y acepta(n) que la información relacionada con el estado de salud del afiliado es de carácter reservado y que LA COMPAÑIA solo podrá suministrarla a terceros previa autorización escrita del afiliado.

FIRMA DEL TITULAR

FIRMA DEL CONTRATANTE

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA

Fecha Asesoría Agencia		Oficina Radicación	BOGOTA PRINCIPAL Oficina BOGOTA
Código Intermediario	83236	Código Digitador	85134
FIRMA Y SELLO DE RADICACIÓN	Nombre Intermediario	BAUTISTA OMAIRA	Nombre Digitador SAMUEL ESTEBAN ACERO MARTINEZ

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

1.001.369.100

NUIP AZL0254596

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 33299596

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 20 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 015

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía
COLOMBIA-ANTIOQUIA-MEDELLIN

Datos del inscrito

Primer Apellido: GONZALEZ
Segundo Apellido: DUARTE
Nombre(s): NATALIA ANDREA

Fecha de nacimiento: Año 2003 Mes 06 Día 01
Sexo (en letras): FEMENINO
Grupo sanguíneo:
Factor RH:

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)
COLOMBIA-ANTIOQUIA-MEDELLIN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: A4296494

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: DUARTE RESTREPO OLGA MILENA
Documento de identificación (Clase y número): C.C.43.754.174
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GONZALEZ LUQUE JUAN MANUEL
Documento de identificación (Clase y número): C.C.11.434.154
Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GONZALEZ LUQUE JUAN MANUEL
Documento de identificación (Clase y número): C.C.11.434.154
Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:
Documento de identificación (Clase y número):
Firma:

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:
Documento de identificación (Clase y número):
Firma:

Fecha de inscripción

Año 2003 Mes 06 Día 03

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma:

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Se modifica el NUIP alfanumerico "AZL" por el numero equivalente "1.001.369.100". Tarjeta de Identidad.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

33299596

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

1.001.370.799.

NUIP AZL0250866

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 29704934

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 20 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 015

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

COLOMBIA=ANTIOQUIA=MEDELLIN=

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GONZALEZ=	DUARTE=

Nombre(s)

JUAN PABLO=

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2000 Mes 09 Día 13	MASCULINO=		

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

COLOMBIA=ANTIOQUIA=MEDELLIN=

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO=	=A2314629=

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

DUARTE RESTREPO OLGA MILENA=

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
c.c.43.754.174=	COLOMBIANA=

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ LUQUE JUAN MANUEL=

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
c.c.11.434.154=	COLOMBIANA=

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ LUQUE JUAN MANUEL=

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
c.c.11.434.154=	

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 2000 Mes 09 Día 19	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS:

Se modifica el NUIP alfanumerico "AZL" y por el número equivalente. "1.001.370.799." Tarjeta de Identidad.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

4934