SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL DISTRITO CAPITAL**
**CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **940410** |
| **Fecha Elaboración** | **20 de Febrero de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **18916-655840** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | CLEMENCIA ELVIRA LEON MARTINEZ | **C.C.** | 52.032.872 | **IP/Nº de contacto** | 4772832 |
| **Correo electrónico contratista:** | celeon278@misena.edu.co | | | | |

**Régimen del IVA:** NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

**Banco al cual consignar:** DAVIVIENDA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

**Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 000770108868

**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA)** NO

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

**Nº del contrato:** 4505245/2023 **Nº Compromiso SIIF** **9423**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 20.145.050 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 20.145.050 | **1** | **Del** | **01/02/2023** | **Al** | **28/02/2023** | **$ 4.029.010,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 16.116.040 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, de acuerdo con la programación definida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subsede y organizaciones, ejecutando acciones bajo la modalidad presencial para Formación Titulada y/o Formación Complementaria

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.029.010 | | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | 0,00% |
| | | | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 4.029.010** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.368.657** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

## LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

| | Febrero | Enero |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **0** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.611.604 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 201.500 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 257.900 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 8.500 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.007.252 | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466 | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200 | $ - | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Dependientes hasta $ 1.357.184 | $ 402.901 | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 789.552 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.368.657,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.569.610,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 | 34.482,00 | 0,966% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$3.994.528,00** | |

**SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar formación profesional integral a los aprendices según programación de fichas.
Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de los procesos formativos y/o productivos.
Elaboración y entrega de formación y documentos requeridos en el proceso académico administrativo.
Actualizar contenidos y tecnologías en las diversas competencias del programa de formación.

**PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:**

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

**CLEMENCIA ELVIRA LEON MARTINEZ**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

**CLAUDIA PILAR POVEDA CORTES**
**INSTRUCTOR G20**

**Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:**
**EL ORDENADOR DEL PAGO**

**WAINE ANTONY TRIANA ALBIS**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **LEON MARTINEZ CLEMENCIA ELVIRA** identificado(a) con **CC** número **52.032.872** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de abril de 1998 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 13 de enero de 2023.

Cordialmente,

**Laura Patricia Merchan Metaute**
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023011314203

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

**La EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

## CERTIFICA

Que **Clemencia Elvira Leon Martinez** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **52032872,** está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 52032872 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Clemencia Elvira Leon Martinez |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 21/03/1971 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 19/11/2003 |
| FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | 549 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | 47 semanas |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 25/01/2010 |
| NIVEL SISBEN | No aplica |
| EMPLEADOR(ES)* | |

CEDULA DE CIUDADANIA 52032872 CLEMENCIA ELVIRA LEON MARTINEZ Desde 01/06/2018 - Vigente
N.I.T. 860015685 UNIVERSIDAD LA GRAN COLOMBIA Desde 01/09/2022 - Vigente
N.I.T. 860015685 UNIVERSIDAD LA GRAN COLOMBIA Desde 01/08/2022 Hasta 31/08/2022

Generado por gnavarrete 19/01/2023

**ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **CLEMENCIA ELVIRA LEON MARTINEZ** con **CC** No. **52032872**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| **Contratante:** NI 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | **Fecha de última cobertura:** 01/02/2023<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 01/02/2023<br>**Fecha fin de Contrato:** 30/06/2023<br>**Clase de Riesgo:** 1<br>**Cargo :** INSTRUCTOR<br>**Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO |

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 o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301012534797.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 20 días del mes de febrero de 2023.

Cordialmente

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,** **27/01/2023**
**DISTRITO**
**CAPITAL,**
COLOMBIA,
**SENA CGA**

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora CLEMENCIA ELVIRA LEON MARTINEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **52032872**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO**

| | |
|---|---|
| Número | **000770108868** |
| Fecha de apertura | **04/05/2007** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14737687864

(415)7707212489984(8020) 000001473768786 4

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 5 2 0 3 2 8 7 2 | 2 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## 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 | 5 2 0 3 2 8 7 2 | 1 9 8 9 1 0 1 3 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| LEON | MARTINEZ | CLEMENCIA | ELVIRA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 1 SUR 72 60 BRR AMERICAS OCCIDENTAL

42. Correo electrónico: clemenciaelviraleonmartinez@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 8 7 5 1 9 1 3 6 | 3 1 5 3 8 3 8 4 1 8 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 |
| 0 0 1 0 | 1 9 9 1 0 1 0 3 | 8 5 4 1 | 2 0 1 8 0 1 2 5 | | 8 5 4 2 | 8 2 9 9 |

### Ocupación

| 51. Código | 52. Número establecimientos |
|---|---|
| | |

### 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 | 5 | 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 2021 - 01 - 29 / 13 : 33: 31

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 LEON MARTINEZ CLEMENCIA ELVIRA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

# Hace constar:

Que el Sr(a) CLEMENCIA ELVIRA LEON MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52032872 realizó el día 18/02/2023 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la

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

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) CLEMENCIA ELVIRA LEON MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52032872 realizó el día 18/02/2023 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

# Hace constar:

Que el Sr(a) CLEMENCIA ELVIRA LEON MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52032872 el día 19/02/2023 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

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

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

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

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

Bogotá, 19 de febrero de 2023

Señores
**SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)**
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **C.C.** | **1000366382** | **GUILLERMO SANCHEZ LEON** | **HIJO** |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados

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: CLEMENCIA ELVIRA LEÓN MARTINEZ

C.C. 52.032.872 de Bogotá

UNIVERSIDAD CENTRAL

Su transacción fue **APROBADA** por la Entidad Financiera

Estamos enviando el comprobante de tu transacción realizada en **FUNDACION UNIVERSIDAD CENTRAL NIT 8600247461** .

**Resumen de la Transacción:**

| | |
|---|---|
| Usuario Pagador | 1000366382-GUILLERMO SANCHEZ LEON |
| Descripción del Pago | Cartera |
| No. Transacción eCollect | 50239583 Descargar aquí |
| No. Autorización/CUS | 152024-358872134 |
| Fecha y Hora | 10/12/2021 03:20:16 p.m. |
| Medio de Pago | VISA 4559****8030 |

Total Pagado $555,589.00

**Detalle de la Transacción:**

| Descripción | Referencia | Valor Pagado |
|---|---|---|
| CxC Nro. 21105193004 | 21105193004 | $555,589.00 |

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP A4E-0250588

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 33150575

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

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 29 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 9122

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

COLOMBIA, CUNDINAMARCA, BOGOTA D.C.

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| SANCHEZ | LEON |

Nombre(s): GUILLERMO

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2001 Mes MAR Día 14 | MASCULINO | O | + |

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

COLOMBIA, CUNDINAMARCA, BOGOTA D.C.

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| DECLARACION EXTRAJUICIO | |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: LEON MARTINEZ CLEMENCIA ELVIRA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C.# 52.032.872 BOGOTA | COLOMBIANA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: SANCHEZ ISAZA GUILLERMO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C.# 79.300.190 BOGOTA | COLOMBIANA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: SANCHEZ ISAZA GUILLERMO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC# 79.300.190 BOGOTA TEL: 2650515 | |

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos: SANCHEZ ISAZA GUILLERMO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC# 79.300.190 BOGOTA | |

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos: LEON MARTINEZ CLEMENCIA ELVIRA

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C.# 52.032.872 BOGOTA | |

**Fecha de inscripción**

Año 2001 Mes AGO Día 18

Nombre y firma del funcionario que autoriza: PATRICIA TELLEZ LOMBANA

Nombre y firma

**Apellido(s) y nombre(s) del reconocido paterno**

GUILLERMO SANCHEZ ISAZA

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: PATRICIA TELLEZ LOMBANA

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ESPACIO EXCLUSIVAMENTE PARA LA OFICINA DE REGISTRO