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 INDUSTRIAL -BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION

Código Regional	**11**
Código Centro	**921110**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**96558-256220**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ROCIO DELPILAR RONCANCIO PEÑA	**C.C.**	52.085.356	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	rproncanciop@gmail.com				

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

Banco al cual consignar: DAVIVIENDA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 476170004933

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: 4546560/2023 **Nº Compromiso SIIF** **6323**

Valor Total del Contrato	$ 19.549.400	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 16.068.000	**2**	**Del**	**01/03/2023**	**Al**	**31/03/2023**	**$ 4.017.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 12.051.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, para impartir formación profesional integral, según programación establecida en los diferentes niveles de formación de acuerdo a las competencias requeridas en cada uno de los programas de titulada y/o complementaria y demàs actividades derivadas de formaciòn que se le asignen , aplicando las metodologías y criterios técnico

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.017.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	2,73%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 128.474
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 3.481.400			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 7.498.400**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.705.320**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 128.474**

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

	Marzo	**Febrero**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**65611483**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	4.705.320,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.606.800	$ 1.392.560	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.559.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 200.900	$ 174.100	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 257.100	$ 222.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	128.474,00	2,73%
ARL II	$ 16.800	$ 14.600	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.874.600	$ -		Reteica - 8299	34.380,00	0,966%
			-	0,00	
			-	0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -				
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 749.840		Descuentos de Libranza	0,00	
Salud hasta $ 678.592	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 1.568.440				
Retención en la Fuente Contingente	$ -		**VALOR A PAGAR**	**$3.854.146,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL CIENTO CUARENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Presentar informe de Seguimiento a la ejecución por parte de Coordinación
Presentar Reportes de deserción a los aprendices que han fallado por tres o mas días sin justificacion alguna
Revisar y desarrollar las guías de aprendizaje en cada sesión de formación
Realizar practica de Calibración en laboratorio de metrología
Calificar evidencias en la Plataforma Territorium
Presentar novedades de los aprendices
Planear las actividades a desarrollar en las sesiones 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.

ROCIO DELPILAR RONCANCIO PEÑA
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,

OSCAR BARRERA HURTADO
INSTRUCTOR

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

MONICA ANDRADE RIOS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52085356	ROCIO DEL PILAR RONCANCIO PEÑA	Kra 90 No 81A - 20 Bl 2 apto 510	6015306437	rocioroncancio@yahoo.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-02	2023-02	I	10/03/2023	65611483	$411.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	174.100	0		0		0	0	0	0	174.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	222.900	0	0	0	0	0	0		222.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	14.600				14.600	0	0	14.600			146	14.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	174.100	174.100
Pensión	1	222.900	222.900
Riesgos Laborales	1	14.600	14.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	411.600	411.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
CC	52085356	ROCIO DEL PILAR RONCANCIO PEÑA	Kra 90 No 81A - 20 Bl 2 apto 510	6015306437	rocioroncancio@yahoo.es	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2023-02	2023-02	I	10/03/2023	65611483	$411.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estornado**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	52085356	RONCANCIO PEÑA ROCIO DEL PILAR	59	0			N																			230201	1.392.560	222.900	0	0	0	0	EPS037	1.392.560	174.100	14-25	1.392.560	2	14.600		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1963280026

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
10/03/2023

Número de aprobación
00280026

Dirección IP
152.200.176.34

Valor transacción
$ 411.600,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
152.200.176.76	CC	52085356

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha de impresión: 2023-03-11 11:45:53
Fecha de cierre: 2023-03-11

DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS	**Nit:** 830103479-8	
Dirección	Carrera 45ª No 94 – 91 barrio Castellana		
Teléfonos:	PBX. 7420428 Celular: 3107934325	**e-mail:** controlarsalud@yahoo.com.mx	



FECHA DE EXAMEN 2023-03-11
TIPO DE EXAMEN PREOCUPACIONAL

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	ROCIO DEL PILAR RONCANCIO PEÑA			Identificación CC	Nro 52085356
Fecha de Nacimiento	1974-06-07	Edad	48	Sexo	F
Empresa	PARTICULAR				
Cargo	DOCENTE				
Sucursal	BOGOTA				
Profesión	DOCENTES EN SISTEMAS INTEGRADOS			Estrato	3
Composicion familiar	ESPOSO E HIJOS	**Raza**	Blanca		

EXAMENES REALIZADOS

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL	PRUEBA PSICOMOTRIZ
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	TEST PSICOTECNICO DE PERSONALIDAD

CONCEPTO

CONCEPTO	SIN RESTRICCIóN PARA EL CARGO
RECOMENDACIONES	CUADRO EHEMATICO DENTRO DE LIMITES NORMALES PERFI LIPIDICO - SE SUGIERE PVE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE OPTOMETRIA - ADECUADA CORREION VISUAL SE SUGIERE PVE - MANEJO DE LA PREVENCION PARA USUARIOS DE VIDEO TERMINALES (ACTIVIDADES PARA PREVENCION LA AFECTACION DE ALTERACIONES VISUALES Y DE LESIONES OSTEOMUSCULARES) PRUEBAS PSICOMSTRICS, PSICOSENSOMETRICAS Y PSICOTENICAS ADECUADAS
OBSERVACIONES	NUTRICIÓN BALANCEADA (50% FRUTAS - VERDURAS Y HORTALIZAS. - 50% PROTEINAS ANIMALES Y VEGETALES, FIBRAS, ACEITES Y CARBOHIDRATOS) ACTIVIDAD FISICA RUTINARIA - DE 150 MINUTOS A 300 MINUTOS A LA SEMANA VALORACION POR MEDICINA INTERNA POR METABOLISMO .
SVC	X

Certifico que he comprendido, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos, ocupacionales que me han practicado anexando y he recibido y entendido las recomendaciones y observaciones dadas por el médico y otros profesionales.

GIANCARLO ARBINI GARCIA
RM: L.S.O 12570/2021
Firma y sello del médico evaluador

ROCIO DEL PILAR RONCANCIO PEÑA
CC 52085356
Firma del trabajador evaluado

Controlar SALUD INTEGRAL S.A.S
NIT. 830.105.4[illegible]

Escaneado con CamScanner

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 15 de septiembre de 2022

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:

T.I.	**1032941170**	**Cristal Mariana Baquero Roncancio**	**HIJO**
TI	**1120 818603**	**Raissa Isabela Baquero Roncancio**	**HIJO**

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: _____

C.C. _____

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre 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 por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

reav-

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

NUIP 1.032.941.170

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40597190

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 48 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A Y F

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

COLOMBIA* CUNDINAMARCA* BOGOTA D.C. * * * * * * * * * * * * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
* * * ***** BAQUERO * * * * * *	* * * * ***** RONCANCIO * * * * ***

Nombre(s)
* * * * * * * * * * ****** CRISTAL MARIANA * * * * * * * * * * ****

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2007 Mes DIC Día 16	FEMENINO * * *******	B	(+) *******

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

COLOMBIA* CUNDINAMARCA* BOGOTA D.C. * * * * * * * * * * * * * * * * * *

Tipo de documento antecedentes o Declaración de Testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO CORPORACION IPS CRUZ BLANCA- CLINICA MATERNO INFANTIL	A8346675*

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
RONCANCIO PEÑA ROCIO DEL PILAR * * * * * * * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.# 52.085.356 DE BOGOTA * * * * * * * * * * *	COLOMBIANA ******

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
BAQUERO REY LUIS EDUARDO * * * * * * * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.# 17.337.533 DE VILLAVICENCIO(Meta)********	COLOMBIANA *******

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
BAQUERO REY LUIS EDUARDO ********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.# 17.337.533 DE VILLAVICENCIO(Meta)	X

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)
* *

28 ENE 2008

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2008 Mes ENE Día 28	MIGUEL ANGEL DIAZ TELLEZ. Nombre y firma

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARÍA Y SE EXPIDE CON DESTINO AL INTERESADO PARA ACREDITAR PARENTESCO.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARÍA CUARENTA Y OCHO
DE BOGOTA D.C.
CONSUELO OTERO AMAYA
SECRETARIA DELEGADA
AUTORIZADO MEDIANTE RESOLUCIÓN

CONSUELO OTERO AMAYA
SECRETARIA DELEGADA
(Dcto. 1534 de 1989)

Ley 1 de Registro civil No
Hasta Junio de vigencia
Art. 2 Decreto 2158 de 1989

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1120818603

Indicativo Serial 33587935

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría 8 Número 1 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 4120

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

COLOMBIA-META-ACACIAS.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BAQUERO	RONCANCIO

Nombre(s)

RAISSA ISABELA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes ENE Día 13	FEMENINO	B	POSITIVO

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

COLOMBIA-META-ACACIAS.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	51863400-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

RONCANCIO PEÑA ROCIO DEL PILAR.

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC# 52.085.356 BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

BAQUERO REY LUIS EDUARDO.

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC# 17.337.533 VILLAVICENCIO	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BAQUERO REY LUIS EDUARDO.

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC# 17.337.533 VILLAVICENCIO	

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 ante quien se autoriza
Año 2010 Mes ENE Día 29	DRA. MYRIAM PEÑA VILLALOBOS NOTARIA UNICA DEL CIRCULO
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	DRA. MYRIAM PEÑA VILLALOBOS NOTARIA UNICA DEL CIRCULO
	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

SE INSCRIBIO EN EL LIBRO DE VARIOS TOMO 43 FOLIO 1

ES LA FOTOCOPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL SE CUMPLIERON LOS REQUISITOS DE LOS ARTICULOS 58 Y 115 DEL DECRETO 1260-70 Y DECRETO 278-71

VALIDO PARA TRAMITES LEGALES

SERIAL No. 33587935 FOLIO 1

28 ENE 2011

Myriam Peña Villalobos
Notaria Unica del Circulo de Acacias

IMPRESO POR CRANAMERICANO FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.697-9

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Escaneado con CamScanner