SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO DE GESTION AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER - SERV

Código Regional	**68**
Código Centro	**954610**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2019**
Versión	**FEBRERO 2019 - 2,19**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ALBA ZORAIDA VARGAS HURTADO	**C.C.**	52.345.565	**IP/Nº de contacto**	3208518556
Correo electrónico contratista:	vargasalba@hotmail.com				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta?**	SI	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2018 Superaron $46.418.000	SI	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	SI
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	04803397223
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2019 supera los $ 113.091.000**			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	794808/2019			**Nº Compromiso SIIF**		**3119**	
Valor Total del Contrato	$ 36.460.283	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 5.750.833	**10**	**Del**	**01/11/2019**	**Al**	**30/11/2019**	**$ 3.450.500,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 2.300.333		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.450.500		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.450.500**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.033.963**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Noviembre	**Octubre**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**38921990**	Valor Base retención en la fuente	2.033.963,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.380.200	$ 1.380.200	Valor Base retención en la fuente ICA	3.057.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 172.600	$ 172.600	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 220.900	$ 220.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL II	$ 14.500	$ 14.500	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8543	6.114,00	0,200%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.427.000	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -				
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	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.096.640	$ 345.050		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 548.320	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.224.800	$ 677.988		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.444.386,00**	

SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.Impartir Formación Tg G.Adm 1750401(1,2,5,6,7,8,9,12,13,14,15,16,18,19,20,21,22,23,25,26,27,28,29,30 nov 6-10pm).Total:96 horas.
En la competencia: Aplicar tecnologías de la información teniendo en cuenta las necesidades de la unidad administrativa, y RAP:
Operar los recursos tecnológicos de oficina de acuerdo con las necesidades y políticas de la organización, las normas de gestión
2.Realizar seguimiento Etapa Práctica.15 aprendices. Tc A.Administrativa.1582167 (5 y 6 Noviembre 12m-6pm). Total 8 horas
3. Proyecto Investigación Aplicada. Metodología Estandarizada para el Costeo de Producto del Sector Industrial. 40 horas
4. Desarrollo curricular, diseño de guías y materiales de formación del 1 al 30 noviembre. 16 horas
5. Total horas: 160 horas

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.

ALBA ZORAIDA VARGAS HURTADO
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,

JUAN ERNESTO DUARTE BALLESTEROS
INSTRUCTOR G18

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

HERIKA BIBIANA ARIZA GONZALEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Vélez, 30 de noviembre de 2019

Señor:
JUAN ERNESTO DUARTE BALLESTEROS
SUPERVISOR CONTRATO No. CO1.PCCNTR. 794808
Cargo del supervisor Coordinador de Formación Profesional
Dependencia Coordinación Académica
Vélez

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual Mes **Noviembre del año 2019**

Referencia: No CO1.PCCNTR. 794808 del año 2019

Alba Zoraida Vargas Hurtado, identificado con la cédula de ciudadanía No. 52.345.565 de Bogotá, en mi calidad de Contratista del SENA, en la Coordinación Académica, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia, a continuación presento el Informe de actividades realizadas en el mes objeto de cobro.

Valor y forma de Pago: El valor total del presente contrato es máximo de Treinta y Cuatro Millones Quinientos Cinco Mil Pesos M/Cte ($34505000) incluido IVA de conformidad con el régimen tributario a que pertenezca el futuro contratista). Esta suma será pagado por el SENA al contratista de la siguiente manera: a) Diez pagos iguales mensuales por el mes de Febrero a Noviembre del 2019, por valor de Tres Millones Cuatrocientos Cincuenta Mil Quinientos Pesos ($3450500). PARAGRAFO PRIMERO: El cambio de cuenta por parte del contratista deberá ser informada al supervisor del contrato con el fin de surtir los trámites pertinentes. Para que el SENA pueda adelantar los trámites administrativos para el pago

Plazo: DIEZ (10) MESES
Prorroga Tiempo: DIECISIETE (17) DIAS

Valor del contrato con Adición Presupuestal: TREINTA Y SEIS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS ($36.460.283) M/CTE

Fecha Inicio: 4 de febrero de 2019
Fecha terminación: 20 de diciembre de 2019

CLAUSULA PRIMERA

OBJETO:
Prestación de servicios personales de carácter temporal, para desarrollar programas de formación titulada y complementaria en área administrativa en el Centro de Gestión Agroempresarial del Oriente.

CLÁUSULA CUARTA

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1.	Preparar, orientar, desarrollar y apoyar procesos de aprendizaje en cualquiera de las estrategias de respuesta institucional para los diferentes grupos poblacionales objeto de Formación Profesional Integral.	Se ejecutaron las actividades formativas orientadas a la planeación estratégica, a través del desarrollo de la competencia(s): APLICAR TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN TENIENDO EN CUENTA LAS NECESIDADES DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA.; de los Programa(s): Tecnólogo Gestión Administrativa Ficha (s) : 1582167	Portafolio instructor de la(s) respectiva (s) ficha(s): 1582167, que contiene, las guías aprendizaje, listas de chequeo y demás documentos. Drive: carpeta personal del mes de Noviembre, en la carpeta de obligaciones.
5.	Rendir oportunamente los informes requeridos sobre las acciones encomendadas y los productos resultantes de procesos de Formación Profesional.	Enviar a tiempo los informes solicitados: Entrega de informe de ejecución mes de Noviembre	Entrega Informe de Ejecución mes de Noviembre. Drive: carpeta personal del mes de Noviembre, en la carpeta de obligaciones.
10.	Hacer seguimiento y evaluar la etapa productiva de los aprendices	Seguimiento etapa práctica de 15 aprendices asignados de las fichas:	Acta de Seguimiento etapa práctica.

INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
	que les sean asignados para dicho fin.	1506606/1321716 /1366986/1506606/ 1696194/1619894	Drive: carpeta personal del mes de Octubre, en la carpeta de obligaciones.
11.	Custodiar, organizar y archivar los documentos producidos por la dependencia.	Archivo de documentos producidos durante el proceso de formación archivados en Drive Carpeta Personal.	Pantallazo archivo de documentos producidos. Drive: carpeta personal del mes de Noviembre, en la carpeta de obligaciones. Drive: carpeta personal del mes de Noviembre, en la carpeta de obligaciones.
12.	Las demás que se requieran para el cumplimiento del contrato	Ejecutar las actidades proyectadas en el marco del proyecto de investigación "Metodología estandarizada para el costeo de producto del sector industrial del bocadillo en el municipio de vélez Santander", SENA- VÉLEZ como parte de las acciones de investigación e innovación de la estrategia SENNOVA	Autorización horas de investigación Drive: carpeta personal del mes de Noviembre, en la carpeta de obligaciones.

A continuación relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté al ordenador del gasto informe **(formato informe legalización desplazamiento- contratista GTH-F-087)**, en el que relacioné las actividades desarrolladas y los resultados de cada desplazamiento. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor, se constituye en soporte de la legalización de los desplazamientos realizados y forma parte integral del presente Informe de ejecución contractual, el cual relaciono así:

ITEM	No DE LA ORDEN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS	
			INICIO	FINALIZACIÓN
1.				

Nota 1: *Por cada desplazamiento que haya realizado el contratista, adjuntará el respectivo informe que la soporte. En caso de haber realizado el desplazamiento en fecha posterior a la presentación de informe de ejecución contractual, deberá reportarlo en el siguiente informe de ejecución contractual.*

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: documentos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados, fotocopia de la planilla- recibo de pago de aportes a salud, pensiones y ARL, (38921990) expedido por MIPLANILLA.COM correspondiente al mes de octubre del año 2019.

Evidencias en ( ) folios

Cordialmente,

Alba Zoraida Vargas Hurtado
Contratista
C.C. No. 52.345.565 de Bogotá

Recibí a satisfacción:

Juan Ernesto Duarte Ballesteros
Supervisor Contrato CO1.PCCNTR. 794808 de 2019

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	52345565	Alba Zoraida Vargas Hurtado	Calle 89 No. 77-34	3208518556	vargasalba@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2019-10	2019-10	I	26/11/2019	38921990	$433.700	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	173.800	0		0		0	7	900	0	174.700	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
231001	Colfondos	800227940-6	222.400	0	0	0	0	7	1.200	0	223.600	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	7.300				7.300	7	100	7.400			73	7.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	27.800	7	200	28.000	1

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	173.800	174.700
Pensión	1	222.400	223.600
Riesgos Laborales	1	7.300	7.400
CCF	1	27.800	28.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	431.300	433.700

PAGADA
38921990

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	52345565	Alba Zoraida Vargas Hurtado	Calle 89 No. 77-34	3208518556	vargasalba@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2019-10	2019-10	I	26/11/2019	38921990	$433.700	

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	Estudiante	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	52345565	Vargas Hurtado Alba Zoraida	59	0			N																	231001	1.390.000	222.400	0	0	0	0	EPS008	1.390.000	173.800	14-11	1.390.000	1	7.300	CCF24	1.390.000	27.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Vélez, 28 de febrero 2019

Señores
Centro de Gestión Agroempresarial del Oriente
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Ciudad

Asunto: Solicitud deducible retención en fuente por dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Articulo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	**Documento Identidad**	**Calidad del Dependiente**
Andrés Camilo Ariza Vargas **Laura Sofía Ariza Vargas**		**1. Hijos menores 18 años.**

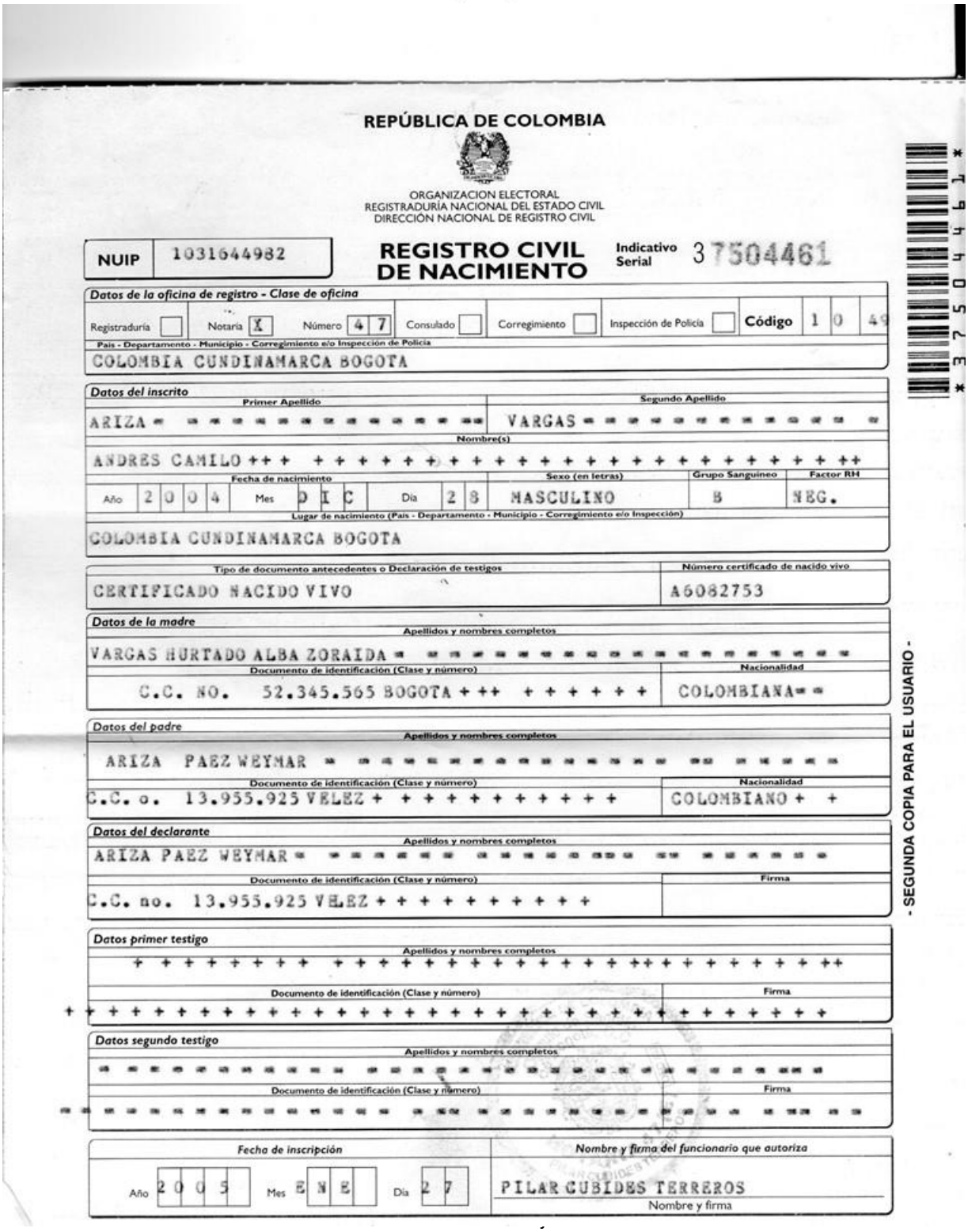
Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,

ALBA ZORAIDA VARGAS HURTADO
C.C. 52.345.565

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento X
- Certificado de estudios. ____
- Certificado contador público. ____
- Certificado medicina legal. ____



REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1031644982

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 37504461

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 47 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 10 49

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ARIZA	VARGAS

Nombre(s)
ANDRES CAMILO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2004 Mes DIC Día 28	MASCULINO	B	NEG.

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

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO	A6082753

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
VARGAS HURTADO ALBA ZORAIDA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. NO. 52.345.565 BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
ARIZA PAEZ WEYMAR

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. o. 13.955.925 VELEZ	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
ARIZA PAEZ WEYMAR

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. no. 13.955.925 VELEZ	

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 2005 Mes ENE Día 27	PILAR CUBIDES TERREROS Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1,013,270,023

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO Indicativo Serial 43672216

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 63 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1073

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA-CUNDINAMARCA- BOGOTA D.C

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ARIZA	VARGAS

Nombre(s)
LAURA SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes AGO Día 07	FEMENINO	AB	POSITIVO

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
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	52181053-9

Datos de la madre
Apellidos y nombres completos
VARGAS HURTADO ALBA ZORAIDA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C No. 52.345.565 DE BOGOTA D.C	COLOMBIANA

Datos del padre
Apellidos y nombres completos
ARIZA PAEZ WEYMAR

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C No. 13.955.925 DE VELEZ (SDER.)	COLOMBIANA

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos
ARIZA PAEZ WEYMAR
Documento de identificación (Clase y número)
C.C. No. 13.955.925 DE VELEZ (SDER.)
Firma

Datos Primer testigo
Apellidos y nombres completos
Documento de identificación (Clase y número)

Datos segundo testigo
Apellidos y nombres completos
Documento de identificación (Clase y número)

NOTARIA 63 BOGOTÁ, D.C.
ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL
QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DE REGISTRO
República de Colombia
Cristóbal Alzate Hernández
Notaría Sesenta y Tres Bogotá
29 AGO. 2009

Fecha de inscripción
Año 2009 Mes AGO Día 22

Nombre y firma del funcionario que autoriza
CRISTOBAL ALZATE HERNANDEZ
Nombre y firma

Cristóbal Alzate H.
Notario