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** | **Diciembre de 2019** |
| **Versión** | **FEBRERO 2019 - 2,19** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | YASMIN ENIDH ARDILA MEDINA | **C.C.** | 30.206.137 | **IP/Nº de contacto** | 3213974734 |
| **Correo electrónico contratista:** | yasminardilam@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:** | BANCO BBVA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | 0334151602 |
| **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:** | 1052328/2019 | | **Nº Compromiso SIIF** | **73919** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 12.375.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 3.685.000 | **5** | **Del** 01/12/2019 **Al** | 20/12/2019 | **$ 3.685.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 0 | | Comisiones | $ 0,00 | |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.685.000 | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | | 5,45% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | | $ 227.855 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 3.410.000 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 7.095.000** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 4.180.725** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | | **$ 227.855** |

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

| | Diciembre | Noviembre |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **8602066964** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.474.000 | $ 1.364.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 184.300 | $ 170.500 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 235.900 | $ 218.300 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL II | $ 15.400 | $ 14.300 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.427.000 | $ - | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 220.000 | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 171.000 | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 14.400 | |
| Dependientes hasta $ 1.096.640 | $ 709.500 | |
| Salud hasta $ 548.320 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 8.224.800 | $ 1.393.575 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 4.180.725,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 3.264.800,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 227.855,00 | 5,45% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8560 | 6.530,00 | 0,200% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| 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** | **$ 3.450.615,00** | |

**SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL SEISCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

esta realizando un curso complemetario herramienta pedagogicas en inclusión a personas con con la ficha 2050545 de 60horas en barbosa
curso complementario en herramienta pedagogicas en inclusion a personas con discapacidad en cimitarra
acompañamiento a estudiantes con discapacidad de 14 horas
total de 134 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.

**YASMIN ENIDH ARDILA MEDINA**
**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,

**MARTHA RUEDA MONCADA**
**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**

**HERIKA BIBIANA ARIZA GONZALEZ**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02**

# CONSULTA EMPLEADO

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL | YASMIN ENIDH ARDILA MEDINA |
| IDENTIFICACIÓN APORTANTE | CC-30206137 |
| SUCURSAL | 00 |
| FECHA PAGO | 2019-12-03 |
| INDENTIFICACION EMPLEADO | CC-30206137 |
| NOMBRE EMPLEADO | YASMIN ENIDH ARDILA MEDINA |
| EPS | NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. |
| AFP | PORVENIR |
| CAJA COMPENSACIÓN | Sin CCF |
| ARL | ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. |
| NÚMERO PLANILLA | 8602066964 |
| REFERENCIA PAGO(PIN) | 8667714604 |
| TIPO PLANILLA | I |
| PERIODO PENSIÓN | 2019-11 |
| PERIODO SALUD | 2019-11 |
| TIPO COTIZANTE | Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes |
| SUBTIPO COTIZANTE | Sin Subtipo |
| NOVEDAD INGRESO INICIAL | |
| NOVEDAD INGRESO FINAL | |

| ING | Fecha ING | RET | Fecha RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | Fecha VSP | VTE | VST | SLN | Fecha Sln inicio | Fecha Sln Fin | IGE | Fecha Ige Inicio | Fecha Ige Fin | LMA | Fecha LMA | Fecha LMA Fin | VAC | Fecha Vac Inicio | Fecha VAC Fin | AVP | VCT | Fecha VCT Inicio | Fecha VCT Fin | IRL | Fecha IRL Inicio | Fecha IRL Fin |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

| Días Cot | IBC | Tarifa | Cot. Obligatoria | Cot. Voluntaria | | Total | Fondo de Solidaridad de | Fondo de Subsistencia | Valor no retenido |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Afiliado | Aportante | | | | |
| 30 | 1.375.000 | 0,1600000 | $ 220.000 | $ 0 | $ 0 | $ 220.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

SISTEMA GENERAL DE SALUD

| Días Cot | IBC | Tarifa | Cot. Obligatoria | UPC adicional | Incapacidades E.G | | Licencias de Maternidad o | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Número Autorización | Valor | Número Autorización | Valor |
| 30 | 1.375.000 | 0,1250000 | $ 171.900 | $ 0 | 0 | $ 0 | 0 | $ 0 |

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

| Días Cot | IBC | Tarifa | Cot. Obligatoria | Código de centro de trabajo |
|---|---|---|---|---|
| 30 | 1.375.000 | 0,0104400 | $ 14.400 | 999999999 |

APORTES PARAFISCALES

| Días Cot | Caja de Compensación Familiar | | | Sena | | | ICBF | | ESAP | | MIN DE EDUCACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IBC | Tarifa | Cot.Obligatori | IBC | Tarifa | Cot. Obligatoria | Tarifa | Cot. Obligatori | Tarifa | Cot. | Tarifa | Cot. Obligatori |
| 0 | 0 | 0,0000000 | $ 0 | 0 | 0,0000000 | $ 0 | 0,0000000 | $ 0 | 0,0000000 | $ 0 | 0,0000000 | $ 0 |

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

| Pension | Salud | Riesgos | Parafiscales | Total |
|---|---|---|---|---|
| $ 220.000 | $ 171.900 | $ 14.400 | $ 0 | $ 406.300 |

# INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Barbosa, DICIEMBRE del 2019

Señor (a)
**MARTHA RUEDA MONCADA**
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. CO1.PCCNTR.1052328
Coordinación Académica
Vélez

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

**Referencia:** No. CO1.PCCNTR.1052328 del año (2019)

YASMIN ARDILA MEDINA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 30.206.137 de Barbosa, en mi calidad de Contratista del SENA, en coordinación académica, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia, a continuación, presento el Informe de actividades realizadas en el mes de cobro.

**Valor y forma de Pago**: El valor total del presente contrato es máximo de trece **millones Trescientos setenta y cinco mil** Pesos M/Cte. **($12.375.000) incluido IVA** de conformidad con el régimen tributario a que pertenezca el futuro contratista. Esta suma será pagada por el SENA al contratista en pagos iguales mensuales por valor de **Un millón setecientos sesenta mil** Pesos **($1760000),** en caso en que las actividades no superen en el mes **el** pago se realizará en proporcional según el tiempo mensual laborado sin exceder el valor total del contrato**.**

ADICIÓN: CUATRO MILLONES CIENTO VEINTICINCO MIL ($ 4.125.000) PESOS
PROLOGA: CINCO (5) DIAS
**Plazo:** Sera hasta el VEINTE (20) de diciembre del 2019

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

**CLÁUSULA CUARTA.OBLIGACIONES DE LAS PARTES**

| No | Obligaciones | Acciones realizadas | Evidencias |
|---|---|---|---|
| 11. | 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 orienta y se apoya a aprendices con discapacidad cognitiva, en los diferentes trabajos de informática | EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 2. Dar cumplimiento estricto a los Manuales del Sistema Integrado de Gestión y demás normas que regulan la Formación Profesional Integral en el SENA y además a entregar oportunamente las listas de aprendices inscritos, seleccionados, las planillas debidamente diligenciadas y demás documentos requeridos por la Gestión de Centros y Registro y Certificación | Se da cumplimiento AL acompañamiento de la entrevista del programa de ejecución deportivos donde se entregaron las asistencias a tiempo al centro | LISTA DE AISTENCIA |
| | 3. Evaluar el proceso de aprendizaje, las estrategias, el medio ambiente, el rendimiento académico de los aprendices y diligenciar oportunamente los formatos correspondientes | Se evalúa el proceso de aprendizaje a los aprendices del curso HERRAMIENTAS PEDAGOGICAS PARA LA INCLUSION DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD | FORMATO DE CUESTIONARIO |
| | 4. Participar en procesos de promoción de los programas de Formación Profesional Integral, servicios y actividades de divulgación tecnológica programados por el Centro. | Se realizó un proceso de formación en dos municipios Barbosa y Cimitarra sobre HERRAMIENTAS PEDAGOGICAS PARA INCLUSIÓN DEPERSONAS CON DISCAPACIDAD | REPORTES DE INSCRIPTOS |
| | 5. Rendir oportunamente los informes requeridos sobre las acciones encomendadas y los productos resultantes de procesos de Formación Profesional | Se rindió un informe de las diferentes actividades a través de la guía de aprendizaje | GUIA DE APRENDIZAJE |
| | 6. Responder por la integridad y buen uso de materiales, equipos y demás elementos de la institución Puestos bajo su cuidado para desarrollar labores propias de su cargo. | Se trabaja en las diferentes dependencias de la institución, cuidando los elementos utilizados | EVIDENCIA FOTOGRAFICA |
| | 7- Reportar en el sistema Sofía Plus en un plazo máximo de 5 días hábiles, todas las actividades que de acuerdo con los procesos que son de su responsabilidad, garantizando la calidad de la información y su coherencia con el proceso formativo, tales como: Registro | Se creó la ruta para los aprendices del curso de herramientas pedagógicas para personas con discapacidad | PANTAÑAZO DE LA RUTA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | de los juicios evaluativos; Creación de rutas y asociación de aprendices; Registro de juicios evaluativos del reconocimiento de aprendizajes previos; Comunicar al Coordinador Académico oportunamente anomalías, inconsistencias, novedades de aprendices y hallazgos en el registro de la información | | |
| | 8- Contar con la certificación vigente de la norma de competencia "Orientar Procesos Formativos Presenciales Con Base En Los Planes De Formación Concertados" o la actualización "Orientar Formación Presencial De Acuerdo Con El Procedimiento Técnico Normativo" o en su defecto deberá aplicar el proceso | Presente el proceso de para la certificación de la norma de competencia | CERTIIFCADO |
| | 9. Hacer cumplir y cumplir con el reglamento del aprendiz. | cada aprendiz que realiza las actividades; Porta su uniforme y carnet adecuadamente dentro y fuera de la institución | EVIDENCIA FOTOGRAFICA |
| | 10. Hacer seguimiento y evaluar la etapa productiva de los aprendices que les sean asignados para dicho fin. | Se está realizando un acompañamiento en la práctica productiva a aprendices con discapacidad cognitiva, auditiva | ACTAS drive |
| | 11- Custodiar, organizar y archivar los documentos producidos por la dependencia | Documentos cargados a secop y drive | Secop y drive |
| | 12- Las demás que se requieran para el cumplimiento del contrato | Tener contacto permanente con la parte administrativa de la institución, apoyar eventos donde se inculca lengua de señas | PANTALLAZOS DE LOS CORREOS, informe drive |

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:

| | |
|---|---|
| | **INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL** |

| ITEM | No DE LA ORDEN DE VIAJE | LUGAR DE DESPLAZAMIENTO | FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS | |
|---|---|---|---|---|
| | | | INICIO | FINALIZACIÓN |
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| …… | | | | |

***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.*

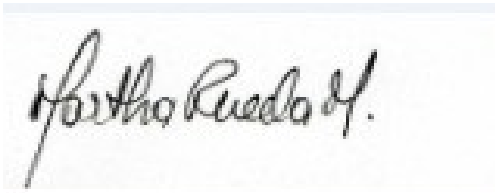
Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: documentos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados, fotocopia de la planilla- recibo de pago de aportes a salud, pensiones y ARL, (8602066964 ) expedido por asopago y correspondiente al mes de NOVIEMBRE del año 2019.

Evidencias en ( ) folios

Cordialmente,



**YASMIN ARDILA MEDINA**
**Contratista**
**C.C. 30206137**



Recibí a satisfacción:

**MARTA RUEDA MONCADA**
**Supervisor(a) Contrato** CO1.PCCNTR.1052328 de **2019**

*CERTIFICACION DEPENDIENTES*

Vélez,4 de DICIEMBRE del 2019

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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

| | | | |
|---|---|---|---|
| T.I. | **05341156** | **Andrea Natalia Velasco Ardila** | HIJO |
| | **1142717184** | **Nicolás Velasco Ardila** | **HIJO** |
| | | | |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

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: YASMIN ARDILA MEDINA

C.C. 30206137

**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<br>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<br>Certificado de Medicina Legal |

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43781312

NUIP 1142717184

*43781312*

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

Registraduría ☐ Notaría X Número 02 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código DUH

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| VELASCO ********** | ARDILA ********** |

Nombre(s)
NICOLAS **********

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2009 Mes OCT Día 13 | Masculino | O | Positivo |

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

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | 51992579-0 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos
ARDILA MEDINA YASMIN ENIDH

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.30.206.137 | COLOMBIANA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos
ELASCO SANCHEZ JAVIER MAURICIO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| ÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.015.382 | COLOMBIANO |

**tos del declarante**

Apellidos y nombres completos
ELASCO SANCHEZ JAVIER MAURICIO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| EDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.015.382 | X |

**tos Primer testigo**

Apellidos y nombres completos
**********

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| ********** | |

**tos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos
**********

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| ********** | |

**Fecha de inscripción**
Año 2009 Mes OCT Día 16

**Nombre y firma del funcionario que autoriza**
SABINO ALFONSO CABALLERO
Nombre y firma

IMPRESO POR GANARANJO S.A NIT. 860.013.711-3 10393 10 2009

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

TARJETA DE IDENTIDAD No. 1.005.341.156

APELLIDOS VELASCO ARDILA

NOMBRES ANDREA NATALIA

14/ENE/2002 SEXO F

COLOMBIA SANTANDER BARBOSA

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO GS O RH +

06/AGO/2010

BARBOSA, SANTANDER

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

13/ENE/2020 27329816

FECHA DE VENCIMIENTO PRIMERA

Scanned by CamScanner