SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**11**
Código Centro	**940510**
Fecha Elaboración	**Abril de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**44822-522679**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CLAUDIA CAROLINA ZAMUDIO ROA	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	52.853.725	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	cczamudio5@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	474670016952
IP/Nº de contacto:	3046038524	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5972081/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**42224**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios profesionales de carácter temporal con autonomía e independencia, para atender los procesos formativos de los aprendices en las competencias técnicas asociados a la red de conocimiento Gestión Administrativa y servicios financieros del programa de Articulación con la educación media de acuerdo con lineamientos de la formación profesional integral, atendiendo las

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2024**	**Al**	**31/03/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 40.189.500
Número de pago	**2**			**Valor Total del Contrato:**	$ 41.975.700
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.500,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 35.724.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.500	Ninguno	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	**$ 4.465.500**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.960.000**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**75729157**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.200	$ 1.300.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 162.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 208.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.400	$ 6.800
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 30.984.458	$ 987.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 307.570		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.960.000,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.956.400,00	
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 - BOGOTÁ	38.219,00	0,966%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.427.281,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Desarrollar actividades de apoyo en la planeación de los procesos del programa de formación asignado conforme a la red de conocimiento
Apoyar las actividades relacionadas con el diseño y desarrollo curricular de los programas de formación asociados con la línea medular
Apoyar el proceso de inducción y reinducción de los aprendices asignados.
Realizar el seguimiento y evaluación a los aprendices tanto en la etapa lectiva como productiva, de acuerdo con los lineamientos y no
Implementar estrategias metodológicas y pedagógicas que permitan mitigar los retiros voluntarios de los aprendices durante su proceso
Registrar oportunamente los juicios de evaluación de cada uno de los aprendices de los grupos asignados por la coordinación académica
Apoyar la gestión de la divulgación, promoción, ingreso, inscripción y matricula de los aspirantes nuevos, de acuerdo con los lineamie
Realizar seguimiento y control mensual de los aprendices en el aplicativo dispuesto por la entidad, verificando el registro de las ru
Aplicar lo establecido en el reglamento del aprendiz garantizando el debido proceso.

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

CLAUDIA CAROLINA ZAMUDIO ROA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,

HECTOR GONZALO ROMERO REY
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
ERNESTO ACEVEDO SOTO
SUBDIRECTOR 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	52853725	CLAUDIA CAROLINA ZAMUDIO ROA	CL 30 SUR 12 H 45	7521893	claudiaczamudio@gmail.com	
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	
2024-02	2024-02	I	20/03/2024	75729157	$381.700	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	162.500	0		0		0	13	1.900	0	164.400	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
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	13	2.400	0	210.400	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	6.800				6.800	13	100	6.900			68	6.900	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	162.500	164.400
Pensión	1	208.000	210.400
Riesgos Laborales	1	6.800	6.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	381.700

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	52853725	CLAUDIA CAROLINA ZAMUDIO ROA		CL 30 SUR 12 H 45	7521893	claudiaczamudio@gmail.com	
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	
2024-02	2024-02	I	20/03/2024	75729157	$381.700	

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	52853725	ZAMUDIO ROA CLAUDIA CAROLINA	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

H.S.E.Q. Unidad Medica

Labor Vital

Su Salud en Buenas manos

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso Con Enfasis Osteomuscular



Fecha: 20/Mar/2024, **Hora:** 11:05:34 a.m.
Apellido: Zamudio Roa **Nombre:** Claudia Carolina
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 52853725
Empresa: Particular
Cargo: Instructora
Direccion: Cll 17 F No 118 B 05
Telefono: **Celular:** 3046038524 **Email:** **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: Bogota D.c
Peso: 61 Kg **Estatura:** 147 Cm **IMC:** 28.2 **Escolaridad:** Maestria **Jornada Laboral:** Diurna
EPS: Famisanar **ARL:** Positiva **AFP:** Porvenir

HC: # 73035
Edad: 43 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 02/May/1980
Rh: O+

Examenes Realizados

☐ Audiometria Clinica	☐ Audiometria Ocupacional	☐ Coprologico
☐ Espirometria	☑ Glicemia	☐ Optometria
☐ Perfil Lipidico	☐ Vestibular	☑ Visiometria

Otros: Examen Psicosocial, Osteomuscular

Recomendaciones Especificas

Uso Correccion Optica Permanente, Valoración Optometria, M = Higiene Postural -pausas Activas - Control Periodico Ocupacional

Resumen Resultados

Examen	Resultado
Visiometria	USO CORRECCION OPTICA - LAGRIMAS ARTIFICIALES (FREEGEN) - PAUSAS ACTIVAS
Osteomuscular	Examen Osteomuscular Normal, Movimiento Y Fuerza Conservados Y Adecuados
Laboratorios	Dentro De Los Limites Normales

Concepto

Apto Para El Cargo Asignado

Observaciones

Examen Psicosocial: Paciente Consciente, Orientado En Las 3 Esferas, Concepto Psicosocial Favorable Para Ingresar Al Cargo Postulado, Ya Que El Examinado Cuenta Con La Competencia Para El Puesto Requerido, Tales Como Trabajo En Equipo, Orientación Al Logro, Actitud De Servicio Y Atención Al Detalle, Adecuado Comportamiento Social, Receptivo.

El trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empres

Dr. Guillermo Chaves
Médico Especialista Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 2000818 de 2023

Guillermo Chaves
Medico Ocupacional 2
Lic. de S.O #: 25- 00818 De 2023

Claudia Carolina Zamudio Roa
CC 52853725

Huella Digital

Labor Vital
Su Salud en Buenas manos

Resultados
Laboratorios



Fecha: 20/Mar/2024, **Hora:** 11:05:34 a.m.
Apellido: Zamudio Roa **Nombre:** Claudia Carolina
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 52853725
Empresa: Particular
Cargo: Instructora
Direccion: Cll 17 F No 118 B 05
Telefono: **Celular:** 3046038524 **Email:** **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: Bogota D.c
Peso: 61 Kg **Estatura:** 147 Cm **IMC:** 28.2 **Escolaridad:** Maestria **Jornada Laboral:** Diurna
EPS: Famisanar **ARL:** Positiva **AFP:** Porvenir

HC: # 73035
Edad: 43 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 02/May/1980
Rh: O+

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Glicemia		
Glicemia Basal	**85** mg/dl	70 a 110 mg/dl

Norma C Ramirez P.
Dra. Norma C. Ramírez P
U.C.M.C Reg. 251499/02
Esp. Adm. en Salud P.U.J

Norma Ramirez Paez
Laboratorio
Registro #: 1251499

Claudia C.
Zamudio R.

Claudia Carolina Zamudio Roa
CC 52853725

Huella Digital

H.S.E.Q. Unidad Medica

Labor Vital

Su Salud en Buenas manos

Visiometria



Fecha: 20/Mar/2024, **Hora:** 11:05:34 a.m.
Apellido: Zamudio Roa
Nombre: Claudia Carolina
Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 52853725
Empresa: Particular
Cargo: Instructora
Direccion: Cll 17 F No 118 B 05
Telefono: **Celular:** 3046038524 **Email:** **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: Bogota D.c
Peso: 61 Kg **Estatura:** 147 Cm **IMC:** 28.2 **Escolaridad:** Maestria **Jornada Laboral:** Diurna
EPS: Famisanar **ARL:** Positiva **AFP:** Porvenir

HC: # 73035
Edad: 43 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 02/May/1980
Rh: O+

Ultimo Examen Visual **1 AÑO** Usa Anteojos **Si**

VL	VP	PC	Bifocal	Progresivo	Filtros
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Frecuencia de Uso: Permanente ☐ Ocasional ☐ , Usa proteccion ocular, gafas de seguridad o mascarilla? **No**
Cirugías? **No** , Cu'al?
Accidentes Oculares **No** , Cuál?

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Salto de Región	☐	Disminución Visual de Cerca	☐	Ardor Ocular	☐
		Disminución Visual de Lejos	☐		
Fotofobia	☐	Disminución Visual de Cerca	☐	Cansancio Ocular	☐
		Disminución Visual de Lejos	☐		
Asintomático	☐	Resequedad Ocular	☐	Plurito Ocular	☑
Lagrimeo	☐	Cefaleas	☐	Irritación	☑

Antecedentes Personales y/o Familiares: **NINGUNO**

A.V.	SC VL AV	VP	CC VL	VP	RX EN USO	PH
OD	**20/25**	**1.50**	**20/20**	**0.5**		
OI	**20/25**	**1.50**	**20/20**	**0.5**		

COVER TEST VL: **ORTHO** VP: **EXOFORIA** PPC:
EXAMEN EXTERNO: **HIPERMEIA CONJUNTIVAL**

VISIÓN CROMÁTICA

Estereopsis

OD **Normal**
OI **Normal**
Oftalmoscopia **Normal** **NORMAL**
Normal **NORMAL**
Normal

QUERATOMETRIA

OD OI

REFRACCIÓN

OD
OI
SUBJETIVO

	OD	OI		OD	OI
No requiere corrección óptica	☐	☐	Emetropía	☐	☐
Defecto refractivo adecuadamente corregido	☑	☑	Ametropía	☑	☑
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	☐	☐	Disminución Visual	☐	☐
Defecto refractivo no corregido	☐	☐	Otros	☐	☐
Gafas no formuladas	☐	☐			

Valoracion por Optometría ☐ Valoracion por Oftalmología ☐ Uso RX ☐ Uso EPP ☐
Pausas Activas ☐ Lentes de Seguridad con RX ☐ Otros ☐
Observaciones/Recomendaciones
USO CORRECCION OPTICA - LAGRIMAS ARTIFICIALES (FREEGEN) - PAUSAS ACTIVAS
Emetrope ☐ Ametropia ☑ Hiperplasia Conjuntiva ☐ Hiperemia Conjuntival ☑
Alteración percepción del color ☐ Otros ☐
DX:

Yenny Liliana Garcia Zambrano

C. Zamudio R.

PRIMER RESPONDIENTE
¡GENTE QUE AYUDA!

La Secretaría Distrital de Salud – SDS, la Unidad Administrativa Especial Cuerpo Oficial de Bomberos – UAECOB y el Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático - IDIGER

HACEN CONSTAR QUE:

CLAUDIA CAROLINA ZAMUDIO ROA

CC 52853725

Tomó el curso virtual gratuito Primer Respondiente ¡Gente que ayuda!

Nota: Esta constancia no acredita como instructor ni autoriza el desarrollo de actividades del sector salud

Bogot D.C. 27 de Marzo de 2024

SBI-20249652571209

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, Haga clic aquí para escribir una fecha.

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:

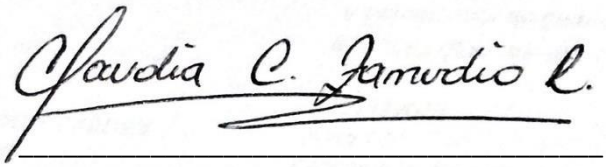
C.C.	**1021666502**	**JUAN DAVID ZAMUDIO ROA**	**HIJO**

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: Claudia Carolina Zamudio Roa
C.C. 52.853.725 de Bogotá

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1021666502

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 37495705

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 54 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 6 H

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

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ZAMUDIO	ROA

Nombre(s): JUAN DAVID

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2004 Mes DIC Día 30	MASCULINO	O	POSITIVO

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	A 6082027

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ZAMUDIO ROA CLAUDIA CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 52.853.725 DE BOGOTA	XXXXXXXXXXX COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ZAMUDIO ROA CLAUDIA CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C./C. 52.853 725 DE BOGOTA	Claudia C. Zamudio Roa

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 17	NOTARIA ... REGISTRO CIVIL

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

37495705

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.021.666.502



Apellidos
ZAMUDIO ROA

Nombres
JUAN DAVID

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.69	M

Fecha de nacimiento
30 DIC 2004

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
18 ENE 2021, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
18 ENE 2033

Firma

.CO

0135238335



REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0135238350150O1<<<<<<<<<<<
0412306M3301188COL1021666502<2
ZAMUDIO<ROA<<JUAN<DAVID<<<<<<<<