CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

DIRECCIÓN PARA LA GESTIÓN POLICIVA

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 517 -- 2024

Yo, CAMILA CORTES DAZA, del(la) DIRECCIÓN PARA LA GESTIÓN POLICIVA, de la Secretaría Distrital de Gobierno, en calidad de supervisor del contrato de prestación de servicios No. 517 -- 2024, suscrito entre la Secretaría Distrital de Gobierno y HIGUERA QUINTERO ADRIANA YINETH, identificado(a) con el No.1020733491, certifico que el(la) contratista cumplió con las obligaciones del mencionado contrato de prestación de servicios, de acuerdo con el informe presentado del periodo comprendido del 01 abril 2024 al 30 abril 2024.

DISTRIBUCCION DEL PAGO

Proyecto	Fuente de Financiación	Valor Aporte
7795 FORTALECIMIENTO DE LA CONVIVENCIA Y EL EJERCICIO POLICIVO A CARGO DE LA SDG EN EL DISTRITO CAPITAL BOGOTÁ	RECURSOS DISTRITALES	$ 6.000.000
	Total del Pago	$ 6.000.000

Así mismo, se verificó el cumplimiento del pago de los aportes parafiscales relativos a SENA, ICBF, Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, y ARL (Administradora de riesgos laborales) y al Sistema de Seguridad Social Integral) por parte del contratista, de conformidad con el Parágrafo 1 del Art. 23 la Ley 1150 de 2007 y el Artículo 244 de la Ley 1955 de 2019.

Para constancia se firma la presente certificación, a los 03 día(s) del mes de mayo de 2024

CAMILA CORTES DAZA
Supervisor

Revisó:Gloria Paez

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No. 2- PERÍODO: DEL 1 DE ABRIL DE 2024 AL 30 DE ABRIL DE 2024	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. CONTRATO Y FECHA	No. 517 de 2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ADRIANA YINETH HIGUERA QUINTERO
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	C.C. 1020733491 de Bogotá D.C.
PLAZO DE EJECUCIÓN	4 meses
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	VEINTICUATRO MILLONES DE PESOS ($24.000.000)
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	SEIS MILLONES DE PESOS ($6.000.000)
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	7795: FORTALECIMIENTO DE LA CONVIVENCIA Y EL EJERCICIO POLICIVO A CARGO DE LA SDG EN EL DISTRITO CAPITAL BOGOTÁ
FECHA ACTA DE INICIO	19 DE MARZO DE 2024
PRÓRROGA	NO APLICA
ADICIÓN	NO APLICA
SUSPENSIÓN	NO APLICA
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	18 DE JULIO DE 2024
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO Y SEGUIMIENTO DE LOS TRÁMITES Y SERVICIOS A CARGO DE LA DIRECCIÓN PARA LA GESTIÓN POLICIVA, ASÍ COMO EN EL ACOMPAÑAMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL AL ESPACIO PÚBLICO QUE EFECTÚAN LAS AUTORIDADES DE POLICÍA A CARGO DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE GOBIERNO.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1. Asistir y acompañar a la Dirección para la Gestión Policiva en la coordinación de las actividades de Inspección, vigilancia y control programadas por las Alcaldías Locales.		Ubicación: SECOP II-CPS **No 517 de 2024** del informe correspondiente al mes de abril 2024, "carpeta 1"
	Actividad 1.1. Acompañar a la Alcaldía Local de **Suba** en el desarrollo del operativo a **establecimientos de comercio** el día **2 de abril del 2024 a las 8:00 AM**.	
	Actividad 1.2. Realizar acompañamiento desde la Dirección para la Gestión Policiva a la Alcaldía Local de **Usaquén** en la visita a **Parqueaderos**, desarrollado el día **4 de abril del 2024 a las 2:00 PM.**	
	Actividad 1.3. Realizar acompañamiento desde la Dirección para la Gestión Policiva a la Alcaldía Local **Suba** a **Bares de Alto Impacto,** desarrollado el día **5 de abril del 2024 a las 2:00 PM.**	
	Actividad 1.4. Realizar acompañamiento desde la Dirección para la Gestión Policiva a la Alcaldía Local de **Los Mártires** en el inventario y visita a **Parqueaderos**, desarrollado el día **8 de abril del 2024 a las 8:00 AM.**	
	Actividad 1.5. Realizar acompañamiento desde la Dirección para la Gestión Policiva a la Alcaldía Local de **Bosa** en la visita a establecimientos de comercio para verificar **Metrología**, desarrollado el día **9 de abril del 2024 a las 2:00 PM.**	
	Actividad 1.6. Realizar acompañamiento desde la Dirección para la Gestión Policiva a la Alcaldía Local **Suba** a **Bares de Alto Impacto,** desarrollado el día **12 de abril del 2024 a las 10:00 PM.**	
	Actividad 1.7. Realizar acompañamiento desde la Dirección para la Gestión Policiva a la Alcaldía Local de **Chapinero** a establecimientos de comercio – **Parques Infantiles,**	

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
	desarrollado el día 1**5 de abril del 2024 a las 10:30 AM.**	
	Actividad 1.8. Realizar acompañamiento desde la Dirección para la Gestión Policiva a la Alcaldía Local de **Usaquén** en la visita a **establecimientos de comercio**, desarrollado el día **16 de abril del 2024 a las 2:00 PM.**	
	Actividad 1.9. Realizar acompañamiento desde la Dirección para la Gestión Policiva a la Alcaldía Local de **Usaquén** en la visita a **establecimientos de comercio**, desarrollado el día **18 de abril del 2024 a las 2:00 PM.**	
	Actividad 1.10. Realizar acompañamiento desde la Dirección para la Gestión Policiva a la Alcaldía Local de **Usaquén** en la visita a **establecimientos de comercio**, desarrollado el día **22 de abril del 2024 a las 10:00 AM.**	
	Actividad 1.11. Realizar acompañamiento desde la Dirección para la Gestión Policiva a la Alcaldía Local de **Usaquén** en la visita a **establecimientos de comercio**, desarrollado el día **22 de abril del 2024 a las 2:00 PM.**	
	Actividad 1.12. Realizar acompañamiento desde la Dirección para la Gestión Policiva a la Alcaldía Local de **Usaquén** en la visita a **establecimientos de comercio**, desarrollado el día **23 de abril del 2024 a las 2:00 PM.**	
	Actividad 1.13. Realizar acompañamiento desde la Dirección para la Gestión Policiva a la Alcaldía Local de **Barrios Unidos** en la visita a **establecimientos de comercio – extensión de la actividad económica**, desarrollado el día **25 de abril del 2024 a las 1:00 PM.**	
	Actividad 1.14. Realizar acompañamiento desde la Dirección para la Gestión Policiva a la Alcaldía Local de	

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
	Usaquén en la visita a **establecimientos de comercio – extensión de la actividad económica**, desarrollado el día **25 de abril del 2024 a las 10:00 AM.**	
	Actividad 1.15. Realizar acompañamiento desde la Dirección para la Gestión Policiva a la Alcaldía Local de **Usaquén** en la visita a **establecimientos de comercio**, desarrollado el día **26 de abril del 2024 a las 10:00 AM.**	
	Actividad 1.16. Realizar acompañamiento desde la Dirección para la Gestión Policiva a la Alcaldía Local de **Usaquén** en la visita a **establecimientos de comercio**, desarrollado el día **29 de abril del 2024 a las 10:15 AM.**	
2. Gestionar y realizar seguimiento a las actividades de inspección, vigilancia y control en materia de espacio público que realizan las Alcaldías Locales y/o las inspecciones de policía a cargo de la Secretaría de Distrital de Gobierno	Para el período en relación, no se requirieron actividades que obedezcan a la presente obligación	N/A
3. Acompañar a la Dirección para la Gestión Policiva, en las reuniones, mesas de trabajo y mesas técnicas para el desarrollo de actividades propias de la dependencia relacionadas con el espacio público.	Para el período en relación, no se requirieron actividades que obedezcan a la presente obligación	N/A

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
4. Realizar los informes de gestión, reportes y/o informes ejecutivos mensuales en materia de espacio público cuando el Supervisor lo solicite.	Para el período en relación, no se requirieron actividades que obedezcan a la presente obligación	N/A
5. Apoyar las estrategias interinstitucionales desarrolladas por la Dirección para la Gestión Policiva, en materia de Inspección, vigilancia y control del espacio público, con el fin de fortalecer la capacidad institucional de las Alcaldías Locales.	Para el período en relación, no se requirieron actividades que obedezcan a la presente obligación	N/A
6. Realizar seguimiento a los compromisos adquiridos en las reuniones, mesas de trabajo y mesas técnicas según la designación del supervisor del contrato.	Para el período en relación, no se requirieron actividades que obedezcan a la presente obligación	N/A
7. Las demás que le sean asignadas por el supervisor en cumplimiento del objeto contractual y/o las metas de la Dirección para la	**Actividad 7.1.** Asistir a la reunión del equipo de Actividad Económica de la Dirección para la Gestión Policiva desarrollada en las instalaciones de la Secretaría Distrital de Gobierno, el día **24 de abril del 2024 a las 10:00 AM.**	Ubicación: SECOP II-CPS **No 517 de 2024** del informe correspondiente al mes de abril 2024, "carpeta 7"

<table>
<tr><th>OBLIGACIONES ESPECIFICAS</th><th colspan="2">ACTIVIDAD</th><th>MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL</th></tr>
<tr><td>Gestión Policiva.</td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><th colspan="4">INFORMACIÓN ADICIONAL</th></tr>
<tr><td rowspan="2">APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:</td><td>NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD</td><td>NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE ARL</td><td>NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PENSIÓN</td></tr>
<tr><td>Empresa: SURA EPS</td><td>ARL: POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS</td><td>FONDO: PROTECCIÓN</td></tr>
<tr><th colspan="4">FIRMAS</th></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="2">DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.</td><td>CONTRATISTA
Firma:
Adriana Higuera 2
Nombre: ADRIANA YINETH HIGUERA QUINTERO
Cédula: 1020733491 de Bogotá</td></tr>
<tr><td>APOYO A LA SUPERVICIÓN
Nombre: ALEJANDRA QUINTERO
Cargo: PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Firma:</td></tr>
<tr><td colspan="3">DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificado los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato.</td><td></td></tr>
</table>

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
		SUPERVISOR/INTERVENTOR **Nombre: CAMILA CORTES DAZA** **Cargo: DIRECRORA PARA LA GESTIÓN POLICIVA**  **Firma:** INFORME 2 CPS-517 DE ABRIL DE 2024

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-04-30, 03:03:22 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 70466895

Periodo Cotización: abril de 2024 **Periodo Servicio:** abril de 2024

PAGADO 30/04/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ADRIANA YINETH HIGUERA QUINTERO		
Documento	CC1020733491	**Dirección**	CL 137 #85 - 76 ALTILLOS 1 APTO 349
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3108258338
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1020733491	ADRIANA YINETH HIGUERA QUINTERO	03	00								X									0	30	30	0	0	(230201) PROTECCION	$ 2.400.000	$ 384.000	(EPS010) EPS SURA	$ 2.400.000	$ 300.000	0,000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 684.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.400.000	$ 2.400.000	$ 0	$ 0	$ 384.000	$ 300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 684.000	$ 0	$ 684.000

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Numero de Contrato 517 de 2024

Yo, Adriana Yineth Higuera Quintero, identificada con cédula de ciudadanía No 1020733491expedida en la ciudad de Bogotá D.C.

INFORMACION PERSONAL	SI	NO
Soy Pensionado		**x**
Soy Declarante de Renta año 2023		**x**
Debo presentar Declaración de Ingresos de vigencia anterior por contratos superiores a 3500 UVT		**x**
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad generadora de renta		**x**
Declaro que el 80% de mis ingresos provienen de la prestación de servicios de manera personal o de la realización de la actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante	**x**	

Nota: En cumplimiento del Decreto No. 1070 del 28 de Mayo de 2013, Artículo 2 "Depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente" y el Decreto 099 de enero 25 de 2013, mediante el cual se reglamentó lo ordenado en el art. 383 del E.T. estableciendo que esa tabla de retención allí contenida, se podrá aplicar a toda persona natural, según el art.329 del ET y modificado por la ley 1819 de 2016.

CERTIFICO QUE: (Seleccione con X para cada concepto que le aplique y anexe el soporte según corresponda):

DEPURACION CALCULO DE RENTA	SI	NO
Pertenezco al Régimen Común del Impuesto a las ventas (Anexar Rut y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica).		**x**
Efectúo aportes a cuenta AFC (Ahorro fomento para la construcción) (Anexar soporte de pago de aporte mensual)		**x**
A la fecha del presente efectúo aportes VOLUNTARIOS a pensión (**diferentes a los obligatorios** - Anexar soporte de pago de aporte mensual)		**x**
Certificación pago Intereses en préstamos para adquisición de vivienda del Empleado valor pagado año: **2023** (Anexar certificación en la primera cuenta)		**x**
Certificación pagos a medicina prepagada y/o Planes Adicionales de Salud valor pagado año: **2023** (Anexar certificación en la primera cuenta)		**x**

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Certificó que tengo dependientes, de acuerdo con los requisitos exigidos en el parágrafo 2 del artículo 387 del E.T. y lo reglamentado en el parágrafo 3 del artículo 2 del Decreto 099 de 2013, base retención (10%) de los ingresos brutos y hasta máximos de 32 UVT (Anexar formato gco-gci-f137 y sus soportes)	**x**	

Se expide y firma a los 30 días del mes de abril del 2024

Firma: *Adriana Higuera Q.*
Nombre: Adriana Yineth Higuera Quintero
C.C: 1020733491
Dirección laboral: Calle 17 Sur # 18 - 49
Teléfono laboral: 3108258338
Correo electrónico institucional: adriana.higuera@gobiernobogota.gov.co

SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO

SOLICITUD DE DEDUCCIÓN DE LA BASE DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES

Con la presente me permito solicitar la aplicación de la deducción mensual del 10% del total de mis ingresos brutos provenientes del CONTRATO de Prestación de Servicios N° 517 de 19/03/2024, que suscribí con la SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO, teniendo en cuenta que bajo la gravedad de juramento, CERTIFICO que la(s) persona(s) que relaciono a continuación dependen de mí económicamente, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción mencionada hasta un máximo de 32 UVT mensuales, en concordancia con lo normado por el (Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3).

FECHA DE SOLICITUD	DÍA	30	MES	4	AÑO	2024

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	CÉDULA N°	UBICACIÓN LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO	TELÉFONO
ADRIANA YINETH HIGUERA QUINTERO	1020733491	SDG - DIRECCIÓN PARA LA GESTIÓN POLICIVA	3387000 Ext. 1202

RECUERDE: La deducción de la base de retención en la fuente por concepto de dependientes, no podrá ser solicitada por más de un contribuyente en relación con un mismo dependiente y su vigencia será hasta el 31 de diciembre de cada año.

Relacione los datos del dependiente que desea declarar

NOBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	INGRESOS DEL DEPENDIENTE
MATÍAS QUEVEDO HIGUERA	HIJO	12	0

Marque con una X la (s) solicitud (es) que desea realizar.

X	Los hijos que tengan hasta 18 años y dependan económicamente de usted.
Requisito:	Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.
	Los hijos con edad entre 18 y 23 años a los cuales les está financiando su educación superior en instituciones certificadas por el ICFES ó la autoridad oficial correspondiente; ó programas técnico de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.
Requisito:	Certificado de constancia de estudios del año en curso emitida por la institución de educación superior ó programas de educación no formal el cual debe contener la siguiente información:
*	Nombre del estudiante
*	Nombre o razón Social y NIT de la entidad beneficiaria
	Los hijos con edad mayor a 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos ó psicológicos
Requisito:	
*	Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.
*	Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal
	El cónyuge ó compañero (a) permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia ya sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores el año anterior a 260 UVT ó por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.
Requisito:	
*	Copia autentica del Registro Civil de Matrimonio, en caso de no estar inscrito.
*	Para compañero (a) permanente: Escritura pública de unión marital de hecho ó declaración de convivencia ante notario, en caso de no estar inscrito
*	Certificación de Contador Público en la que conste la ausencia de ingresos ó ingresos menores en el año a 10 salarios mínimos mensuales vigentes
*	Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos ó psicológicos
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en dependencia ya sea por ausencia de ingresos ó ingresos en el año anterior a 260 UVT por dependencia originada en factores físicos ó psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.
Requisito:	
*	Para el caso de los Padres: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador
*	Para el caso de los Hermanos: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador y de sus hermanos donde acrediten el parentesco
*	Certificación de Contador Público y copia de la Tarjeta Profesional en la que conste la ausencia de ingresos ó ingresos menores en el año anterior a 260 UVT
*	Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos ó psicológicos

DECLARACIÓN JURAMENTADA

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA ANTERIOR INFORMACIÓN ES VERÍDICA Y PODRÁ SER COMPROBADA POR LA ENTIDAD CUANDO LO CONSIDERE CONVENIENTE. DECLARO QUE ES CIERTO Y VERDADERO QUE MIS BENEFICIARIOS RELACIONADOS EN ESTE FORMATO DEPENDEN ECÓMICAMENTE DE MÍ

Adriana Higuera Q

FIRMA DEL CONTRATISTA

GUÍA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE DEDUCIBLE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES

Para diligenciar el formato tenga en cuenta los siguientes pasos:

FECHA DE SOLICITUD: Registre la fecha de presentación del formato en la versión día, mes, año en la casilla correspondiente

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Registre los nombres y apellidos de la persona que presenta la solicitud

CÉDULA: Registre el número de cédula de quien presenta la solicitud

UBICACIÓN LABORAL -SITIO DE TRABAJO: Registre el área, dependencia y/o proyecto donde labora

TELÉFONO:_ Registre el número de teléfono y extensión del área ó dependencia donde labora

NOMBRE: Registre el nombre y apellidos completos del familiar que declara como dependiente suyo.

PARENTESCO: Registre el parentesco del familiar que declara como dependiente suyo

EDAD: Registre la edad del familiar que declara como dependiente suyo

INGRESOS DEL DEPENDIENTE: Registre los ingresos anuales del familiar que declara como dependiente suyo.

REQUISITO: De acuerdo con los documentos requisito en cada caso de se debe anexar por una única vez y solo en caso de actualización o cambio en la información deberá allegarlo nuevamente

FIRMA DEL CONTRATISTA: Registre la firma del contratista que está tramitando la solicitud

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51245974

NUIP 1.046.705.300

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [0 1] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [C X L]

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

NOTARIA 1 BARRANQUILLA - COLOMBIA - ATLANTICO BARRANQUILLA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
QUEVEDO	HIGUERA

Nombre(s)

HATIAS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2011 Mes JUN Día 21	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA ATLANTICO BARRANQUILLA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	10766507-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: HIGUERA QUINTERO ADRIANA YINETH

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.020.733.191	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: QUEVEDO CHOCONTA JOHN JAIRO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 79.969.648	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: QUEVEDO CHOCONTA JOHN JAIRO

Documento de identificación (Clase y número): CC 79.969.648

Firma

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)

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA PRIMERA BARRANQUILLA
JOSE VICENTE PACHECO AROCA
NOTARIO ENCARGADO
www.notaria1barranquilla.com

Fecha de inscripción

Año 2011 Mes JUN Día 22

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JOSE VICENTE PACHECO AROCA - NOTA

Nombre y firma

IMPRESO POR THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A. NIT 860.005.080-2 TEL. 381 0240

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

51.245.974