Contratacion

SENA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CHOCÓ
CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD-CHOCÓ

Código Regional	27
Código Centro	952210
Fecha Elaboración	Marzo de 2020
Versión	FEBRERO 2020 - 2,20
ID de Proceso	14570-876822

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	DINY ALBERTO CORDOBA MOSQUERA	C.C.	11.804.915	IP/Nº de contacto	3107264559
Correo electrónico contratista:	acordobamosquera@edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta?	SI	Es Pensionado?	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	NO	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	NO
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	53600023809
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 2020 supera los $ 117.503.000			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1411966/2020			Nº Compromiso SIIF	21120	
Valor Total del Contrato	$ 25.600.000	N ° Pago	Periodo objeto de pago			Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 25.600.000	1	Del	03/03/2020	Al 31/03/2020	$ 2.880.000,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 22.720.000		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.880.000	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	$ 2.880.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 1.697.700	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	---------	9403848324
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.152.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 144.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 184.400	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL	$ 6.100	$ 0
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 $ 3.560.700	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 288.000	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 565.900	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.697.700,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.551.600,00	
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 - 8551	5.103,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro Utch	28.800,00	1,000%
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	$ 2.846.097,00	

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Iniciación del desarrollo de la formación teniendo en cuenta el componente teorico y práctico
Se explico el Marco Conceptual de la Estructura Curricular e inducción en los aprendices en temas de la formacion
Avanzamos en Ofimática (Word, Excel Básico –Internet) Realización de todo tipo de ejercicio en Word, Básico y Avanzado
conociendo a fondo el computador y sus partes internas, sistema operativo, procesos y fallas.
Aplicación de excel basico - medio en procesos formativos básicos, con enfoque en entorno laboral
trabajo practico de internet y redes, conocimiento en los aplicativos de paginas web y estructura de una red
construcción de una pagina web como proyecto para beneficio de la comunidad con el apoyo de los aprendices
semana de practicas poniendo en conocimiento todo lo adquirido durante el curso.

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 veridica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

DINY ALBERTO CORDOBA MOSQUERA
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 periodo 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

YILSE ALEID RUIZ CARRILLO
INSTRUCTOR G13

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

JUAN CARLOS BLANCO CORDOBA
DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

Escaneado con CamScanner

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DINY ALBERTO CORDOBA MOSQUERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **11.804.915**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Febrero del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Escaneado con CamScanner

nueva eps

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a)**CORDOBA MOSQUERA DINY ALBERTO** identificado(a) con cc: **11804915** se encuentra afiliado a la EPS en el Régimen Subsidiado

Fecha de Activación de Servicios: 1/09/2019

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: COLOMBIA SALUDABLE SEDE QUIBDO

Categoría: SISBEN-1

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 21días del mes de Febrero del año 2020.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:
ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A.
Elaboró: Contact Center

Escaneado con CamScanner

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 13 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14587621680

(415)7707212489984(8020) 000001458762168 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1180491 5	5	Impuestos y Aduanas de Quibdó	18

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1180491 5	1995 03 18

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Chocó 27	Quibdó 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CORDOBA	MOSQUERA	DINY	ALBERTO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Chocó 27	Quibdó 001

41. Dirección principal: CR 5 28 77 BRR CESAR CONTO

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
diny27@hotmail.com		6711558	3122131977

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8551	2011 02 01						2320	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	49																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2019 06 05

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo:

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

PSICOSALUD

"Vigilantes de la Salud"

NIT: 900066756-8

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

EVALUACION MEDICA DE INGRESO	X	EVALUACION MEDICA PERIODICA		EVALUACION MEDICA DE RETIRO	
EVALUACION MEDICA DE REUBICACION		OTRO:			

NOMBRE DEL PACIENTE: DINY CORDOBA MOSQUERA		EDAD (AÑOS): 42
C.C: 11.804.915	EMPRESA: SENA CHOCO	
FECHA: 24/02/2020	CIUDAD: QUIBDO	CARGO: INSTRUCTOR

Hacemos constar que en la fecha hemos examinado al aspirante suscrito, dentro del examen de ingreso solicitado por ustedes. Con el siguiente resultado, después de la valoración médica:

TIPO DE EXAMEN MEDICO			
EXAMEN MEDICO	X	EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	
OTRO:			

NO SOLICITAN PARACLINICOS	X

TIPO DE EXAMEN PARACLINICO

		N	A			N	A			N	A
ESPIROMETRIA	-			PARCIAL DE ORINA	-			P.COCAINA	-		
ELECTROCARDIOGRAMA	-			SEROLOGIA TIPO II	-			P. MARIHUANA	-		
VISIOMETRIA	-			SEROLOGIA	-			HEMOCLASIFICACION	-		
OPTOMETRIA	-			GLICEMIA	-			F.REUMATOIDEO	-		
AUDIOMETRIA	-			COLESTEROL	-			COPROLOGICO	-		
OTRO(S):	-			TRIGLICERIDOS	-						
				PERFIL LIPIDICO	-						
				CUADRO HEMATICO	-						

N: Normal – A: Alterado-

El servicio médico ocupacional con el (la) Doctor (a): Medico Especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada anteriormente puede laborar:

SIN RESTRICCION	-
CON RESTRICCIONES QUE LIMITAN SU TRABAJO NORMAL	-
APTO CON RECOMENDACIONES	X

Recomendaciones médicas para el trabajador:

ADOPTAR HIGIENE POSTURAL Y MECÁNICA CORPORAL ADECUADA			X
MANEJO ADECUADO DE LA VOZ Y PREVENCIÓN DE PATOLOGÍAS			X
PAUSAS ACTIVAS			X
USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA EL CARGO			X
CONTROL DE PESO			X
CAPACITACION EN MANEJO DE CARGAS			-
VISIOMETRÍA - Control Semestral	____	Anual ____	-
AUDIOMETRÍA - Control Semestral	____	Anual ____	-
OPTOMETRIA - Control Semestral	____	Anual	X

OTRAS: CONSULTAR A SU EPS PARA CONTROL Y TRATAMIENTO DE SU HIPERTENSION ARTERIAL

Restricciones medicas ocupacionales: NINGUNA

FIRMA DEL MEDICO
Lic. No:

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C:

Escaneado con CamScanner

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

siga

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y AUTOCONTROL

Un compromiso de Todos.

Hace constar:

Que el Sr(a) DINY ALBERTO CORDOBA MOSQUERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 11804915 realizó el día 04/03/2020 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

Diny A. Cordoba

Escaneado con CamScanner

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que DINY ALBERTO CORDOBA MOSQUERA, con Cédula Ciudadanía No. 11804915 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 03/03/2020 y fecha fin de contrato 25/10/2020 con riesgo 1 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20200101320048.

Dada en Bogotá, a los 2 días del mes de marzo de 2020

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Escaneado con CamScanner

Referencia Bancaria

Martes, 14 de abril de 2020

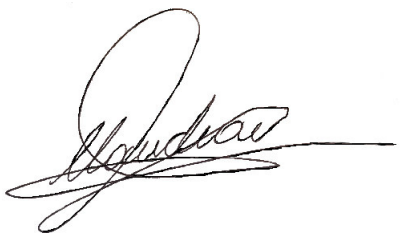
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que DINY ALBERTO CORDOBA MOSQUERA identificado(a) con CC 11.804.915, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	91201148893	2019-08-30	ACTIVA

*** Importante** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

* Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia en los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Claudia María Posada Álvarez
Gerente

le estamos poniendo el alma

Bancolombia

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico.
En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

NIT. 860.524.654-6

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4

NUMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5401169130

PÓLIZA No: 540-47-994000011119 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: MONTERÍA COD. AGENCIA: 540 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

	DIA	MES	AÑO
FECHA DE EXPEDICIÓN	03	03	2020
FECHA DE IMPRESIÓN	03	03	2020

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: DINY ALBERTO CORDOBA MOSQUERA IDENTIFICACIÓN: CC 11,804,915

DIRECCIÓN: KR 5 CA 28 77 CIUDAD: QUIBDO, CHOCO TELÉFONO: 5467711558

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA IDENTIFICACIÓN: NIT 899.999.034-1

BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA IDENTIFICACIÓN: NIT 899.999.034-1

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO

DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO CUMPLIMIENTO	28/02/2020	28/02/2021	2,560,000.00

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO:

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.1411966 DE FECHA 28/02/2020 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE CARACTER TEMPORAL DE UN (1) INSTRUCTOR PARA ATENDER PROCESOS DE FORMACION EN LA MODALIDAD COMPLEMNETARIA PARA POBLACION DESPLAZADA EN EL PROGRAMA DE SISTEMAS EN EL CRNIB.

VALOR ASEGURADO TOTAL	VALOR PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	TOTAL A PAGAR
$ *****2,560,000.00	$ **********16,000	$*****9,000.00	$ *********4,750	$ **********29,750

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
AGENCIA DE SEGUROS PMA LTDA	9165	100.00			

Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a consultar la autenticidad de su póliza ingresando a la página www.solidaria.com.co servicios en línea, opción consulte su póliza de cumplimiento.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000540116913

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá CLIENTE

CBDC20750E09F87FEC

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento.

GRAN CONTRIBUYENTE RES. 5659 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6811 - ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Escaneado con CamScanner

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Quibdó, 16 de Marzo de 2020.

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.	**1111550986**	**DAVID CORDOBA CALDERON.**	**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,

Diny A Cordoba
FIRMA

Nombre: **DINY ALBERTO CORDOBA MOSQUERA**
C.C. 11.804.915

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1111550186

Indicativo Serial 43812314

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 19 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 76001000

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

COLOMBIA | VALLE DEL CAUCA | SANTIAGO DE CALI

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)
CORDOBA	CALDERON	DAVID

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes 06 Día 04	MASCULINO	O	+

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

COLOMBIA | VALLE DEL CAUCA | SANTIAGO DE CALI

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO CLINICA COMFENALCO - - -	52118957-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CALDERON GUZMAN LEIDY YULIANY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No.1.130.627.937 DE CALI	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: CORDOBA MOSQUERA DINY ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No.11.804.915 DE QUIBDO	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CORDOBA MOSQUERA DINY ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.No.11.804.915 DE QUIBDO	Diny A Cordoba

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

Año 2010 Mes 06 Día 17

Nombre y firma del funcionario que autoriza

CECILIA LOZADA LOZADA (NOTARIA ENCARGADA)

NOTARIA DIECINUEVE

NOTARIA ENCARGADA

MSA

Reconocimiento paterno

Diny A Cordoba

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

CECILIA LOZADA LOZADA (NOTARIA ENCARGADA)

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA OFICINA DE REGISTRO -

Escaneado con CamScanner