INFORME DE ALCANCE

INFORME DE ACTIVIDADES No. 1 de 12

CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 27/01/2020 AL 31/01/2020

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO							
No. Contrato o convenio:	771 - 2020						
Objeto:	Prestar sus servicios profesionales a la Unidad para la Atención y Reparación Integral de las Victimas en la Subdirección Red Nacional de información, para apoyar la implementación de los procesos y procedimientos del Sistema Integrado de Gestión – SIG al interior de la Subdirección Red Nacional de Información.						
Ciudad de ejecución:	Bogotá D.C.						
Clase de Contrato o convenio:	Contrato de prestación de servicios profesionales						
No. de Registro Presupuestal:	114320						
Fecha Inicio:	27/01/2020						
Fecha Terminación:	31/12/2020						
El contrato cuenta con prorroga:	Si		No	X	**Fecha de terminación incluyendo prorroga**		
El contrato ha tenido suspensiones:	Si		No	X	**Periodo de Suspensión**		
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución:	1,47%						
Nombre del contratista:	Juan Sebastián Gómez Hernández						
CC / Nit:	1032453355						
Nombre del Supervisor del Contrato o convenio:	SANDRA DEL PILAR RAMIREZ BARRIOS						
Cargo del Supervisor:	Subdirectora Técnica de la Red Nacional de Información						

I. OBLIGACIONES O ACTIVIDADES DEFINIDAS EN EL CONTRATO O CONVENIO Teniendo en cuenta la naturaleza y tipo de contrato o convenio de conformidad con lo establecido en la cláusula No II se presenta el informe correspondiente.

1) Apoyar la realización y seguimiento de las auditorias internas realizadas a la Subdirección Red Nacional de Información, de acuerdo con el programa de auditorias estipulado por la Oficina de Control Interno.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
No fue objeto de ejecución en este periodo.
Evidencia: **No aplica.**

2) Apoyar el seguimiento mensual y reporte del plan de acción y plan operativo de la Subdirección Red Nacional de Información en el aplicativo respectivo.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
No fue objeto de ejecución en este periodo.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Evidencia: **No Aplica**

3) Efectuar el seguimiento mensual y reporte sobre el desarrollo del Sistema Integrado de Gestión -SIG- en el aplicativo respectivo

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
No fue objeto de ejecución en este periodo.
Evidencia: **No Aplica**

4) Apoyar las socializaciones y capacitaciones de temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión a los colaboradores de dicho proceso de las diferentes áreas de la Unidad, de acuerdo con lo estipulado por la Oficina Asesora de Planeación o la necesidad del proceso.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
No fue objeto de ejecución en este periodo.
Evidencia: **No Aplica**

5) Apoyar la actualización de los documentos del proceso Gestión de la información en el marco del Sistema Integrado de Gestión y su caracterización, procedimientos, formatos, manuales, lineamientos, protocolos, guías, etc.) de acuerdo con la necesidad.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Revisión del Plan Institucional de Gestión Ambiental -PIGA- de la Unidad para las Víctimas y realización de observaciones a fin de ponerlas en consideración de la Oficina Asesora de Planeación.
Evidencia: 1. Solicitud de apoyo (pantallazo del correo electrónico) 2. Observaciones PIGA (documento de word)

6) Apoyar en la proyección de planes de mejoramiento a los hallazgos relacionados al proceso de Gestión de la Información.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
No fue objeto de ejecución en este periodo.
Evidencia: **No Aplica**

7) Realizar el seguimiento de las no conformidades que se generen del proceso de Gestión de la Información.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
No fue objeto de ejecución en este periodo.
Evidencia: **No Aplica**

8) Apoyar en la elaboración de informes sobre los productos y/o servicios no conformes y los riesgos identificados en el proceso de Gestión de la Información.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
No fue objeto de ejecución en este periodo.
Evidencia: **No Aplica**

9) Apoyar en la atención de las visitas de Control Interno y la Oficina Asesora de Planeación, en el marco de seguimiento al Sistema Integrado de Gestión.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
No fue objeto de ejecución en este periodo.
Evidencia: **No Aplica**

10) Asistir a cada una de las sesiones de trabajo que la Oficina Asesora de Planeación programe y cumplir con calidad y oportunidad todos los compromisos que de estas sesiones se deriven.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
No fue objeto de ejecución en este periodo.
Evidencia: **No Aplica**

11) Hacer parte de los comités verificadores y evaluadores de procesos de selección que adelante LA UNIDAD, en el evento que sea designado.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
No fue objeto de ejecución en este periodo.
Evidencia: **No Aplica**

12) Cumplir con las demás actividades relacionadas con el objeto del contrato que sean acordadas con el supervisor.

OBLIGACIONES O ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EVIDENCIAS
Asistencia y participación en reunión cuyo objetivo fue verificar los procedimientos y la necesidad de realizar cambios en los mismos al interior de la SNRI.
Evidencia: Listado de asistencia del 31 de enero del 2020 correspondiente al acta No. 01 de 2020

Nota: El contratista debe anexar el numero total de actividades que se encuentren definidas en su contrato.

Nota: El presente documento se asimila a soporte equivalente o cuenta de cobro.

Anexos: En mi calidad de **CONTRATISTA O ASOCIADO** certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a ingresos provenientes del presente contrato, sujeto a retención en la fuente a título de renta. Decreto 2271 de junio 18 de 2009, articulo 4, parágrafo 1, por lo cual Anexo fotocopia de los aportes obligatorios a salud y pensión del periodo, según las obligaciones del contrato.

JUAN SEBASTIAN GOMEZ HERNANDEZ

II. VERIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS, TÉCNICAS Y LEGALES POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

VERIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS, TÉCNICAS Y LEGALES POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO
En mi calidad de supervisor del contrato No. 771 - 2020 certifico que el/la contratista **Juan Sebastián Gómez Hernández** realizó sus actividades conforme a lo estipulado en el contrato, de manera oportuna y con la calidad y eficiencia requeridas, así como en los tiempos establecidos para el desarrollo de cada una de ellas. Es importante mencionar que las actividades 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10 y 11 no fueron objeto de desarrollo para el periodo del presente informe.
Conforme a lo verificado, la contratista cumplió con las obligaciones de pago a los sistemas de salud y pensión, de conformidad con la Ley 789 de 2002 modificada por la Ley 828 de 2003 y de ARP según la ley 1562 de 2012.
Se autoriza el pago por la suma de **Seiscientos cuarenta y seis mil doscientos veinticinco pesos M/CTE, ($646.225).**

SANDRA DEL PILAR RAMIREZ BARRIOS

SUBDIRECTORA TECNICA – SUBDIRECCIÓN RED NACIONAL DE INFORMACIÓN

UARIV

Rad No: 2020-711-098643-2

Fecha Rad:10/02/2020 14:33:09 Us RUBY.CRISTANCHO

Proceso GT Financiera

El futuro es de todos | Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES

PROCEDIMIENTO DE PAGOS

GESTION FINANCIERA

Código	750,15,15-19
Versión	2
Fecha	27/01/2020
Pagina	1

DATOS DEL CONTRATISTA Y PERIODO OBJETO DE PAGO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	JUAN SEBASTIAN GOMEZ HERNANDEZ	C.C.	1032453355	CIUDAD EJECUCION	BOGOTA
N° DEL CONTRATO	771-2020	N° REGISTRO PRESUPUESTAL		114320	
N ° Pago	1	Periodo Objeto de Pago	27/01/2020	al	31/01/2020
Valor Periodo Objeto de Pago	$ 646.225	Valor dia	$ 129.245	Total dias	5
Correo electrónico contratista:	juanse@unidadvictimas.gov.co	Telefono	7965150	Extensión	
Régimen Simplificado o preferencial	SI	Es declarante de Renta?	NO	Es pensionado?	NO
Régimen Común	NO	Si es Régimen Común Factura Nro.			
Presta Servicios Excluidos de IVA ?	NO				
Banco al cual consignar:	BBVA - BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A.	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta	344335567
Sus ingresos en el 2019 superaron $47.978.000	NO				
Ingresos del contrato suscrito con UARIV EN 2019 supero $124.925,000	NO				

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

MES A PAGAR	ENERO
Valor Periodo Objeto de Pago en pesos	$ 646.225
Valor en Letras	SEISCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS VEINTICINCO PESOS M/CTE

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

N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago Seguridad Social Mes Anterior	4314798791
Ingreso Base de Cotización mes anterior - (Valor Honorarios)	$ 840.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud mes Anterior	$ 105.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión Mes Anterior	$ 134.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional Mes Anterior	$ -
ARL Riesgos Mes Anterior	$ 4.400
Aportes - Ahorro cuenta AFC: (Adjuntar carta de autorización) Mes actual	NO
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Voluntarias Mes Actual	NO
Intereses Préstamo de Vivienda Año Anterior	NO
Dependientes (Certificación de condición de declarante) mes Actual	NO

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

SEGÚN INFORME DE ACTIVIDADES ADJUNTO NRO. FOLIOS ____4_____ CD ____1____

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 en cuentas AFC y FVP, de ingresos provenientes del contrato objeto del presente pago 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 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.

JUAN SEBASTIAN GOMEZ HERNANDEZ
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 medio de la planilla relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor

SANDRA DEL PILAR RAMIREZ BARRIOS
SUBDIRECCION RED NACIONAL DE INFORMACION

TRAMITE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DOCUMENTAL	RADICADO GESTIÓN FINANCIERA

UARIV
Rad No: 2020-711-098643-2
Fecha Rad: 10/02/2020 14:33:09 Us RUBY.CRISTANCHO
Proceso: GT Financiera

CUENTA	ORDEN DE PAGO

El futuro es de todos / Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	FORMATO CUENTA DE COBRO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES PROCEDIMIENTO DE PAGOS GESTION FINANCIERA	Código	750,15,15-19
		Versión	2
		Fecha	27/01/2020
		Pagina	2

CUENTA DE COBRO

LA UNIDAD DE ATENCION Y REPARACION INTEGRAL A VICTIMAS

NIT. 900.490.473 - 6

DEBE A:

NOMBRE:	**JUAN SEBASTIAN GOMEZ HERNANDEZ**		
ID CEDULA :	**1,032,453,355**	DE	**Bogota D.C**

LA SUMA DE:

(VALOR EN LETRAS)	**Seiscientos cuarenta y seis mil doscientos veinticinco pesos**
(VALOR NUMEROS)	**$ 646.225**

POR CONCEPTO DE:

CONTRATO No.	**771 - 2020**	REGISTRO PRESUPUESTAL	**114320**
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar sus servicios profesionales a la Unidad para la Atención y Reparación Integral de las Víctimas en la Subdirección Red Nacional de información, para apoyar la implementación de los procesos y procedimientos del Sistema Integrado de Gestión - SIG al interior de la Subdirección Red Nacional de Información.		
PERIODO COMPRENDIDO ENTRE:	**27/01/2020**	y	**31/01/2020**
FECHA RADICACIÓN CUENTA:	**31/01/2020**		
CIUDAD EJECUCION CONTRATO	**Bogotà**		
TELÉFONO	**3203362761**		
CORREO ELECTRONICO	juanse.gomez@unidadvictimas.gov.co		
FIRMA			

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1033463365
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			JUAN SEBASTIAN GOMEZ HERNANDEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	MOSQUERA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CRA 3 # 2-9 #1	TELÉFONO:	8288881
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicio de apoyo a las empr
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:	4314798791	TIPO DE PLANILLA:					I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO	2019	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre	AÑO	2019
DÍAS DE MORA				0					
FECHA PAGO (aaaammdd):				2019/12/26	NUMERO AUTORIZACIÓN:				998615291

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 134.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 134.400	$ 0	$ 134.400
SUBTOTALES:										**$ 134.400**	**$ 0**	**$ 134.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 106.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 106.000	$ 0	$ 0	$ 106.000
SUBTOTALES:													**$ 106.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 106.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 4.400	$ 4.400	$ 0	$ 0	$ 4.400
SUBTOTALES:									**$ 4.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 4.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																							PARAFISCALES							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	ING. INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	ACTUAL TRABAJANA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN							SALUD					ARP					CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																										ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VR UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTES	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES
1	CC 1033463365	JUAN SEBASTIAN	DEPENDIENTE Auxiliar	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	$ 840.000				NO																	231001-COLFONDOS	30	$ 840.000	$ 134.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 134.400	EPS008-COMPENSAR	30	$ 840.000	$ 106.000	$ 0	$ 106.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 840.000	1033463365	$ 4.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 243.800**

Planilla Pagada

CERTIFICACIÓN DE CONDICIÓN DE DECLARANTE

(Decreto 2345 de 2019 – Ley de Financiamiento)

Fecha 31 DE ENERO DE 2020

Yo, Juan Sebastian Gómez Hernández, identificado con cédula de ciudadanía número, **1032453355** de Bogotá como persona natural, dando cumplimiento al Decreto 2345 de 2019, certifico que:

1. EL tipo de vinculación es:

Empleado Público [ ] Contratista [X]

2. Las fuentes de mis recursos son:

Contrato con la Unidad Para la Atención Y Reparación Integral a Las Victimas	64,8 %
Contrato con Otras Entidades	35,2 %
Total	100 %

a. Durante el año 2019 mis ingresos superaron 1.400 UVT? ($47.978.000)	SI	[ ]	NO	[X]
b. Declarante del impuesto sobre la renta por el año 2019?	SI	[ ]	NO	[X]
c. Aportes Obligatorios de ARL?	SI	[X]	NO	[ ]
d. Aportes Voluntarios a Fondos de Pensiones/AFC? (*)	SI	[ ]	NO	[X]
e. Pagos a Medicina Prepagada /Seguros de Salud? (*)	SI	[ ]	NO	[X]
f. Pagos por intereses de vivienda? (*)	SI	[ ]	NO	[X]
g. Dependientes? (*)	SI	[X]	NO	[ ]

Si cuenta con dependientes marque su parentesco.	PADRES	[ ]	HIJO MENOR DE EDAD	[X]	HIJO MENOR 25 AÑOS ESTUDIANTE [ ]

(*) Adjuntar recibos de pago y/o certificaciones

Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida aquí es cierta y me comprometo a informar a mi contratante cualquier cambio.

Cordialmente,

Firma

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

NUIP 1150187580

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41439939

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 76 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D W C

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA, D.C.,

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GOMEZ	SALCEDO

Nombre(s)

LUCIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes AGO Día 29	FEMENINO	A	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	13080634 - 7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

SALCEDO VELASQUEZ MAYRA ALEJANDRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1.014.233.611	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

GOMEZ HERNANDEZ JUAN SEBASTIAN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1.032.453.355	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GOMEZ HERNANDEZ JUAN SEBASTIAN

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 1.032.453.355	X

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 2014 Mes SEP Día 02	BLANCA NELLY GUERRERO VARGAS NOTARIA 76 DE BOGOTA (E) Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
X Firma	BLANCA NELLY GUERRERO VARGAS NOTARIA 76 DE BOGOTA (E) Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LV. 14 F.386

VALIDO PARA PARENTESCO

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

Scanned by CamScanner