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 TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**920910**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**10563-471303**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	WILSON BRAVO HERNANDEZ	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	79.450.163	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	wilsonbravohernandez@gmail.com	**Número de Cuenta:**	005000136605
IP/Nº de contacto:	3142240236	**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 2024**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (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:	7391427/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**7625**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: CONTRATAR LA PRESTACIÃ³N DE SERVICIOS PROFESIONALES AUTÃ³NOMOS E INDEPENDIENTES

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**10/02/2025**	**Al**	**28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 49.674.719
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 49.674.719
Valor Bruto Pago:			**$ 4.292.877,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 45.381.842

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.292.877	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	**$ 4.292.877**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.530.089**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**83437503**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.717.151	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 214.700	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 274.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	V	$ -	$ 0
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		$ 429.288	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 844.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.530.089,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.803.377,00	
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	36.741,00	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	**$4.256.136,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL CIENTO TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación profesional, instalación de acueductos, plantas Ptar y Ptap. FFMM.

Impartir formación profesional, evaluar funcionamiento de equipos a gas, Ficha # 2898284.

Impartir formación profesional, sistemas contra incendio, bombas de acuerdo a normativa ficha # 307279.

Impartir formación profesional, operación y mantenimiento de calderas.

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

WILSON BRAVO 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 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,

PEDRO HERNANDO ANTOLINEZ GOYENECHE
INSTRUCTOR G08

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
WILLIAM DARIO RIAÑO BARON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

21/02/25 20:48:18 USUARIO: SIC - C.C. 79450163

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **WILSON BRAVO HERNANDEZ**, identificada con **CC** número **79450163**, aportó por **WILSON BRAVO HERNANDEZ** identificado(a) con **CC** número **79450163** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 01 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	57															0		30	$1,820,000	0.16000	$291,200	$0	$0	Enero - 2025	83437503	17/01/2025	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	57															0		30	$1,820,000	0.04350	$79,200	$0	$0	Enero - 2025	83437503	17/01/2025	NO
EPS005	Sanitas EPS	57															0		30	$1,820,000	0.12500	$227,500	$0	$0	Enero - 2025	83437503	17/01/2025	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **17** días del mes **Enero**de **2025**

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	79450163	WILSON BRAVO HERNANDEZ	DIAG. 89 A No. 115 -50 INT 10 APT 103	4420393	wilsonbravohernandez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2025-01	2025-01	I	17/01/2025	83437503	$597.900	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	227.500	0		0		0	0	0	0	227.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	291.200	0	0	0	0	0	0		291.200	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	79.200				79.200	0	0	79.200			792	79.200	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	227.500	227.500
Pensión	1	291.200	291.200
Riesgos Laborales	1	79.200	79.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	597.900	597.900

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
CC	79450163	WILSON BRAVO HERNANDEZ		DIAG. 89 A No. 115 -50 INT 10 APT 103	4420393	wilsonbravohernandez@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

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	
2025-01	2025-01	I	17/01/2025	83437503	$597.900	

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	Exonerado	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	79450163	BRAVO HERNANDEZ WILSON	57	0			N																	25-14	1.820.000	291.200	0	0	0	0	EPS005	1.820.000	227.500	14-23	1.820.000	4	79.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Wilson Bravo Hernandez, identificado(a) con CC número 79453163, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 79453163
NOMBRES Y APELLIDOS	Wilson Bravo Hernandez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	04/03/1968
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/02/2006
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	765 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	2065 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	58 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/02/2006
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 79453163 WILSON BRAVO HERNANDEZ Desde 01/06/2023 - Vigente

Generado por interfaces 21/02/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **WILSON BRAVO HERNANDEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79450163,** se encuentra afiliado/a desde **01/12/2019** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 27 de enero de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **WILSON BRAVO HERNANDEZ** identificado con **CC** No. **79450163**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 17/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 03/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 26/12/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

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 o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012792165.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 21 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14969667842

(415)7707212489984(8020) 000001496966784 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 9 4 5 0 1 6 3	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	7 9 4 5 0 1 6 3	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BRAVO	HERNANDEZ	WILSON	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
DG 89 A 115 50 IN 10 AP 103 BRR CIUDADELA COLSUBSIDIO

42. Correo electrónico wbravo@misena.edu.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	4 4 2 0 3 9 3	3 1 4 2 2 4 0 2 3 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 / 2	51. Código	52. Número establecimientos
3 3 1 2	2 0 2 2 0 2 2 5	8 5 5 1	2 0 2 3 0 2 1 4	8 5 4 1 / 8 5 4 2	8 3 2 2	

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	5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	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

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre BRAVO HERNANDEZ WILSON

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MG SALUD INTEGRAL OCUPACIONAL SAS
NIT: 900532770-0

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 79450163-75251

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	16/11/2022 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	WILSON BRAVO HERNANDEZ	**Identificación:**	79450163
Género	MASCULINO **Edad:** 54	**Teléfono**	**Móvil:** 3142240236
Fecha Nacimiento:	4/03/1968	**Cargo:**	SUPERVISOR (A)
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	SANITAS S.A.
Dirección	DG 89 A N 1158 - 50 INT 10 APTO 103	**ARL:**	POSITIVA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	PARTICULAR		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
OPTOMETRIA	DEBE USAR ANTEOJOS DE PROTECCIÓN PARA LUZ AZUL POR BAJA AGUDEZA VISUAL LEJOS Y CERCA ODI, PAUTAS DE HIGIENE VISUAL. CONTROL: ANUAL.
MEDICINA OCUPACIONAL	1. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, VALORACION POR OPTOMETRIA VERIFICAR MEJORA DE VISION CON CORRECCION OPTICA PREVIO INICIO DE LABOR VALORACION FISIATRIA EPS 2.USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO, RESPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL, NO USAR MANOS LIBRES NI AUDIFONOS 3. REQUIERE TRATAMIENTO POR MEDICINA GENERAL EN EPS POR COLESTEROL ELEVADO.
ANEXO OSTEOMUSCULAR	ESTIRAMIENTOS DURANTE SU LABOR
ANEXO CARDIOVASCULAR	DIETA SALUDABLE Y EJERCICIO
PRUEBA PSICOLOGIA 16 PF -5	SIN DIFICULTADES PARA EL CARGO
CUADRO HEMÁTICO	REALIZADO
PARCIAL DE ORINA - UROANALISIS	REALIZADO
GLICEMIA PRE-PRANDIAL	REALIZADO
PERFIL LIPIDICO	SEGUIMIENTO

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO CON RECOMENDACION

Observaciones: CUIDADO AUDITIVO, OSTEOMUSCULAR Y REQUIERE VALORACION , TRATAMIENTO POR MEDICINA GENERAL EN EPS.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

OSTEOMUSCULAR		SVE
NUTRICIÓN	-	SVE
AUDITIVO	-	SVE

Información de Remisiones

MEDICINA GENERAL	VALORACION Y TRATAMIENTO

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado con el número de identificación como aparece al lado de mi firma , actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando de manera libre, voluntaria y consiente, sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido la información pertinente acerca de las modalidades de atención en las que puede ser realizado el examen médico ocupacional y que debido a las circunstancias actuales la "telemedicina – Asistida (Resolución 2654 de 2019, Decreto 538 de 12/04/20 Art 8) será la modalidad que me brindarán, sin descartar la posibilidad de otras, si así lo requiriera , además recibí información adecuada acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados (si aplican), y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizar el examen médico en la modalidad mencionada y que se me practiquen los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

Dra. Karen Yohana Garcia
Gerente Salud Ocupacional
RM 12860
Especialista en Auditoria - Salud

KAREN YOHANA GARCIA PALACIOS

12860

Médico Especialista en Salud Laboral

WILSON BRAVO HERNANDEZ 79450163

Firma y cédula del Paciente

LABORATORIO CLÍNICO

Informe de Laboratorio: 77917

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 20/01/2023 BOGOTA D.C
Paciente: WILSON BRAVO HERNANDEZ
Género MASCULINO **Edad:** 54
Fecha Nacimiento: 4/03/1968
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección DG 89 A N 1158 - 50 INT 10 APTO 103
Empresa PARTICULAR

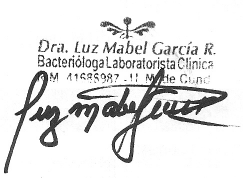
Tipo de Examen: LABORATORIO CLINICO PARTICULAR
Identificación: 79450163
Teléfono **Móvil:** 3142240236
Cargo: SUPERVISOR (A)
EPS: SANITAS S.A.
Escolaridad: UNIVERSITARIO

EXÁMENES REALIZADOS

Exámenes	Resultados	Valores de Referencia	Notas
GLICEMIA PRE-PRANDIAL - FECHA Y HORA EXACTA: 2023-01-20 07:38:45.3720	100 mg/dl	VR: 70 - 100 mg/dl	REALIZADO
CUADRO HEMÁTICO - FECHA Y HORA EXACTA: 2023-01-20 07:38:25.8500			REALIZADO
HEMATOCRITO	47 %		
HEMOGLOBINA	15.6 Gr%		
LEUCOCITOS	6800 /mm		
V.S.G.	6 mm		
RECUENTO DIFERENCIAL.			
NEUTRÓFILOS	61 %		
LINFOCITOS	35 %		
EOSINOFILOS	2 %		
BASOFILOS			
CAYADOS.			
MONOCITOS	2 %		
RECUENTO DE PLAQUETAS	290.000 /mm	130.000 - 440.000 plaquetas por cc de sangre	
PERFIL LIPIDICO - FECHA Y HORA EXACTA: 2023-01-20 07:38:52.4330	RAZON COLESTEROL/HDL:		SEGUIMIENTO
COLESTEROL TOTAL	198 mg/dl	VR: valor deseable hasta 200 mg/dl	
COLESTEROL HDL	51 mg/dl	VR:alto riesgo menor de 33 mg/dl	
COLESTEROL LDL	115 mg/dl	VR:normal hasta 178 mg/dl	
TRIGLICERIDOS	170 mg/dl	VR: 30-150 mg/dl	
PARCIAL DE ORINA - UROANALISIS - FECHA Y HORA EXACTA: 2023-01-20 07:38:36.0980			REALIZADO
EXAMEN FISICO.			
COLOR.	AMARILLA		
ASPECTO.	LIGERAMENTE TURBIO		
PH.	5.0		
DENSIDAD.	1020		
EXAMEN QUIMICO.			
ALBUMINA.	NEGATIVO	NEGATIVO	
GLUCOSA.	NEGATIVO	NEGATIVO	
C.CETONICOS.	NEGATIVO	NEGATIVO	
HEMOGLOBINA.	NEGATIVO	NEGATIVO	
P.BILIARES.	NEGATIVO	NEGATIVO	
NITRITOS.	NEGATIVO	NEGATIVO	
UROBILINÓGENO.	NORMAL	NEGATIVO	
EXAMEN MICROSCOPICO.			
LEUCOCITOS.	0CASIONALES /C		
PIOCITOS.	OCASIONALES /C		
HEMATIES.	NO HAY /C		
CÉLULAS	EPITELIALES. NO HAY /C		

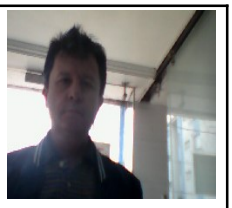
USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

BACTERIAS.	NO HAY
C. HIALINOS.	NO HAY /C
C.GRANULOSOS.	NO HAY /C
MOCO.	ESCASO
LEVADURA.	NO HAY
OXALATO DE CALCIO	NO HAY
OTROS CRISTALES	



LUZ MABEL GARCIA RODRIGUEZ - WILSON BRAVO HERNANDEZ 79450163

Profesional Firma y cédula del Paciente



MG SALUD INTEGRAL OCUPACIONAL SAS
Nit: 900532770-0

EXAMEN DE AUDIOMETRÍA

Fecha 16/11/2022 **Nombre** WILSON BRAVO HERNANDEZ **Identificación** 79450163

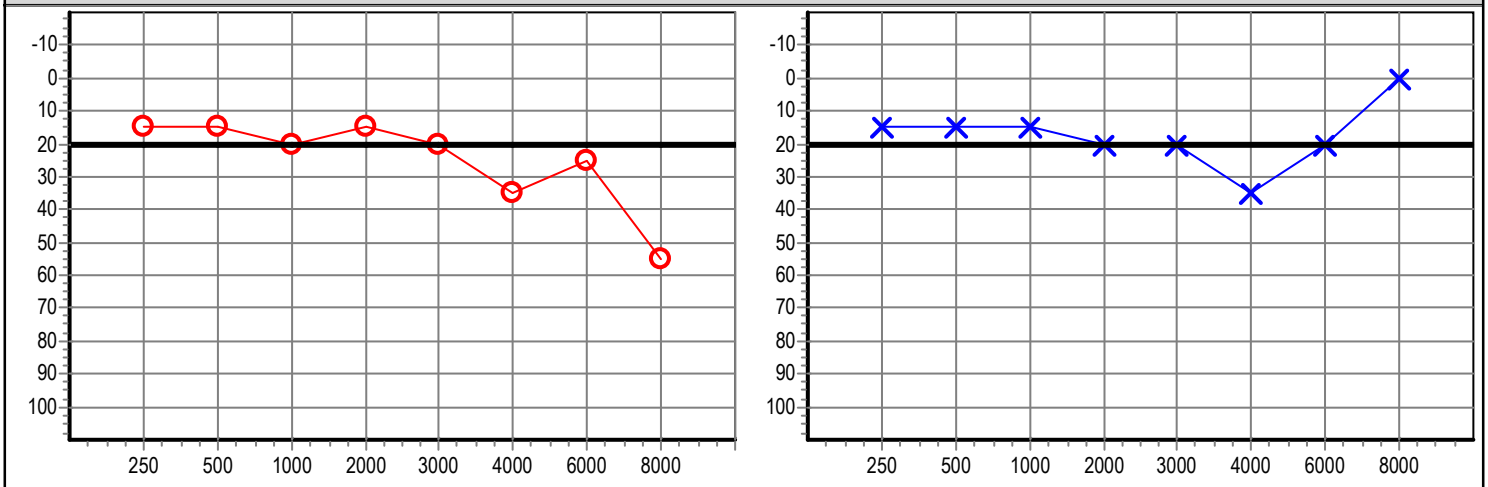
INFORMACIÓN PERSONAL

Edad 54 **Sexo** MASCULINO **Estado Civil** CASADO(A) **Fecha y Lugar de Nacimiento** 4/03/1968 BOGOTA D.C
Dirección DG 89 A N 1158 - 50 INT 10 APTO 103 **Teléfono** **Profesión**
Escolaridad UNIVERSITARIO **Estudio** COMPLETA **E.P.S.** SANITAS S.A.

ANTECEDENTES

Nombre **Concepto** **Notas**

AUDIOGRAMA



OTOSCOPIA

Oído Derecho NORMAL **Oído Izquierdo** NORMAL

DIAGNÓSTICO

Impresión Diagnóstica OD: DESCENSO LEVE EN FRECUENCIA(S): 4000- DESCENSO MODERADO EN FRECUENCIA(S): 8000- OI: DESCENSO LEVE EN FRECUENCIA(S): 4000- PTA OIDO DERECHO 17.50 - Audición Normal PTA OIDO IZQUIERDO 17.50 - Audición Normal

Recomendaciones 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO





NYDIA CONSTANZA PATIÑO FIGUEROA - **WILSON BRAVO HERNANDEZ** **79450163**
Firma Profesional Registro Firma Paciente Identificación

LABORATORIO CLÍNICO



Informe de Laboratorio: 77917

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 20/01/2023 BOGOTA D.C
Paciente: WILSON BRAVO HERNANDEZ
Género MASCULINO **Edad:** 54
Fecha Nacimiento: 4/03/1968
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección DG 89 A N 1158 - 50 INT 10 APTO 103
Empresa PARTICULAR

Tipo de Examen: LABORATORIO CLINICO PARTICULAR
Identificación: 79450163
Teléfono **Móvil:** 3142240236
Cargo: SUPERVISOR (A)
EPS: SANITAS S.A.
Escolaridad: UNIVERSITARIO

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

Exámenes	Resultados	Valores de Referencia	Notas
GLICEMIA PRE-PRANDIAL - FECHA Y HORA EXACTA: 2023-01-20 07:38:45.3720	100 mg/dl	VR: 70 - 100 mg/dl	REALIZADO
CUADRO HEMÁTICO - FECHA Y HORA EXACTA: 2023-01-20 07:38:25.8500			REALIZADO
HEMATOCRITO	47 %		
HEMOGLOBINA	15.6 Gr%		
LEUCOCITOS	6800 /mm		
V.S.G.	6 mm		
RECUENTO DIFERENCIAL.			
NEUTRÓFILOS	61 %		
LINFOCITOS	35 %		
EOSINOFILOS	2 %		
BASOFILOS			
CAYADOS.			
MONOCITOS	2 %		
RECUENTO DE PLAQUETAS	290.000 /mm	130.000 - 440.000 plaquetas por cc de sangre	
PERFIL LIPIDICO - FECHA Y HORA EXACTA: 2023-01-20 07:38:52.4330	RAZON COLESTEROL/HDL:		SEGUIMIENTO
COLESTEROL TOTAL	198 mg/dl	VR: valor deseable hasta 200 mg/dl	
COLESTEROL HDL	51 mg/dl	VR:alto riesgo menor de 33 mg/dl	
COLESTEROL LDL	115 mg/dl	VR:normal hasta 178 mg/dl	
TRIGLICERIDOS	170 mg/dl	VR: 30-150 mg/dl	
PARCIAL DE ORINA - UROANALISIS - FECHA Y HORA EXACTA: 2023-01-20 07:38:36.0980			REALIZADO
EXAMEN FISICO.			
COLOR.	AMARILLA		
ASPECTO.	LIGERAMENTE TURBIO		
PH.	5.0		
DENSIDAD.	1020		
EXAMEN QUIMICO.			
ALBUMINA.	NEGATIVO	NEGATIVO	
GLUCOSA.	NEGATIVO	NEGATIVO	
C.CETONICOS.	NEGATIVO	NEGATIVO	
HEMOGLOBINA.	NEGATIVO	NEGATIVO	
P.BILIARES.	NEGATIVO	NEGATIVO	
NITRITOS.	NEGATIVO	NEGATIVO	
UROBILINÓGENO.	NORMAL	NEGATIVO	
EXAMEN MICROSCOPICO.			
LEUCOCITOS.	0CASIONALES /C		
PIOCITOS.	OCASIONALES /C		
HEMATIES.	NO HAY /C		
CÉLULAS	EPITELIALES. NO HAY /C		

BACTERIAS.	NO HAY
C. HIALINOS.	NO HAY /C
C.GRANULOSOS.	NO HAY /C
MOCO.	ESCASO
LEVADURA.	NO HAY
OXALATO DE CALCIO	NO HAY
OTROS CRISTALES	

Dra. Luz Mabel García R.
Bacterióloga Laboratorista Clínica
CM 41685987 - 11 M de Cund

LUZ MABEL GARCIA RODRIGUEZ -

Profesional

WILSON BRAVO HERNANDEZ 79450163

Firma y cédula del Paciente

CERTIFICADO DE OPTOMETRIA



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 16/11/2022 BOGOTA D.C
Paciente: WILSON BRAVO HERNANDEZ
Género MASCULINO **Edad:** 54
Fecha Nacimiento: 4/03/1968
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección DG 89 A N 1158 - 50 INT 10 APTO 103
Empresa PARTICULAR

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 79450163
Teléfono **Móvil:** 3142240236
Cargo: SUPERVISOR (A)
EPS: SANITAS S.A.
Escolaridad: UNIVERSITARIO

EVALUACIÓN

Formula Final OD

Formula Final OI

Distancia Pupilar

ADD

Recomendaciones DEBE USAR ANTEOJOS DE PROTECCIÓN PARA LUZ AZUL POR BAJA AGUDEZA VISUAL LEJOS Y CERCA ODI, PAUTAS DE HIGIENE VISUAL. CONTROL: ANUAL.

Impresión Diagnóstica ASTIGMATISMO - PRESBICIA

Remisiones -ACTUALIZAR FÓRMULA DE ANTEOJOS EN USO

GLORIA ESPERANZA HINCAPIÉ RODRÍGUEZ 51646838
Profesional

WILSON BRAVO HERNANDEZ 79450163
Firma y cédula del Paciente

CONCEPTO PSICOTECNICO DE PERSONALDIAD 16PF-5

FECHA: 12 de febrero de 2023.

IDENTIFICACION DEL EVALUADO.

NOMBRE: WILSON BRAVO HERNANDEZ

CC. 79.450.163

ANALISIS DE LA INFORMACION Y OBSERVACIONES.

EVALUACION FACTORES DE PERSONALIDAD 16-PF.

En la evaluación de personalidad se identifica que en su área intelectual posee pensamiento de tipo concreto, con razonamiento algo elaborado, puede seguir instrucciones de complejidad baja o media, su estilo intelectual es algo practico, su estilo de pensamiento tiene a ser de pensamiento radical, en su área emocional no presenta ninguna tendencia de tipo neurótico, su perfil muestra salud mental, en su área social tiene algunos rasgos de líder, notoriamente introvertida, en su área de normas y valores tiende a ser recto, algo moralista, un poco persistente y juicioso, no sufre por faltas.

CONCEPTO: **No se encuentran rasgos que llamen la atención o que puedan generar dificultades para el cargo, sin observaciones adicionales.**

Atentamente;

Carlos Andrés Alarcon C.
Psicologo Esp. Seguridad
y salud En el trabajo
Licencia No. 1634 de 18/02/2022

CARLOS ANDRES ALARCON CELIS
PSICOLOGO ESP. MGSALUD

Hace constar:

Que el Sr(a) WILSON BRAVO HERNANDEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79450163 realizó el día 20/02/2025 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo WILSON BRAVO HERNANDEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79450163 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.

2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.

3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.



Firma

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) WILSON BRAVO HERNANDEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79450163 el día 21/02/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

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

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 10 de Febrero del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

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:

TI	1023164991	GABRIEL MAURICIO BRAVO AREVALO	Hijo(a)

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,



WILSON BRAVO HERNANDEZ
C.C. 79450163

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1023164991

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35714281

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 20 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 7 D

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

Datos del inscrito

Primer Apellido: BRAVO
Segundo Apellido: AREVALO
Nombre(s): GABRIEL MAURICIO
Fecha de nacimiento: Año 2008 Mes JUN Día 23
Sexo (en letras): MASCULINO
Grupo Sanguíneo: O
Factor RH: POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: 51078724- 9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: AREVALO GUTIERREZ GLORIA MARCELA
Documento de Identificación (Clase y número): C.C. No. 52,331,230 de SANTAFE DE BOGOTA D.C.
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: BRAVO HERNANDEZ WILSON
Documento de Identificación (Clase y número): C.C. No. 79,450,163 de BOGOTA D.E.
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: BRAVO HERNANDEZ WILSON
Documento de Identificación (Clase y número): C.C. No. 79,450,163 de BOGOTA D.E.
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):
Firma

Fecha de inscripción

Año 2008 Mes JUN Día 25

Nombre y firma del funcionario que autoriza
NATALIA PERRY TURBAY
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

ORIGINAL - OFICINA DE REGISTRO -

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA. SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTICULOS 115 DEL DECRETO 1260 DE 1970 Y 1°. DEL DECRETO 278 DE 1972. ESTE REGISTRO EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS VEINTISIETE (27) DIAS DEL MES DE JUNIO DE DOS MIL OCHO (2.008).

NOTARIA VEINTIUNO DEL CIRCULO
ALVARO CASTRO BERNAL
SECRETARIO DELEGADO
DECRETO 1557 DEL 1989
DCTO 1557/89
ALVARO CASTRO BERNAL

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP A7D 0252423

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 34724628

34724628

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 20 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A7D

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

COLOMBIA | CUNDINAMARCA | BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BRAVO	AREVALO

Nombre(s): NICOLAS DAVID

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2003 Mes 09 Día 02	MASCULINO	O	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 MEDICO	A 5156675

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: AREVALO GUTIERREZ GLORIA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 52.331.230 SANTAFE DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: BRAVO HERNANDEZ WILSON

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 79.450.163 BOGOTA D.E.	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: BRAVO HERNANDEZ WILSON

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 79.450.163 BOGOTA D.E.	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 2003 Mes 09 Día 12	NAGUA [illegible] BERNAL Nombre y firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA NOTARIA VEINTE REGISTRO DEL ESTADO CIVIL

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner