| | UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE GESTIÓN DE RESTITUCIÓN DE TIERRAS DESPOJADAS | PAGINA: 1 DE 1 |
|---|---|---|
| | PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA | CODIGO: GF-FO-05 |
| | CERTIFICACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE PAGO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | VERSIÓN: 17 |

Clasificación de la Información: Publica ☒ Reservada ☐ Clasificada ☐ Fecha de aprobación: 19/01/2025

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| APELLIDOS | MOSQUERA MOSQUERA | | | | |
| NOMBRES | JESUS EMIR | | | | |
| CÉDULA | 16.932.703 | | | | |
| CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO | QUIBDÓ | UBICACIÓN | DIRECCIÓN_TERRITORIAL | DT_CHOCO | |

**INFORMACIÓN INICIAL DEL CONTRATO**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATO N° | 1.676 | VALOR TOTAL | $ | 70.826.800,00 | CDP | 6125 | RP | 183725 | | |
| VIGENCIA | 2.025 | DESDE | 12 | FEB | 2.025 | HASTA | 31 | DIC | 2.025 | |
| TIPO DE CONTRATO | SERVICIOS PROFESIONALES | | | | | | | | | |

**MODIFICACIONES DEL CONTRATO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ¿ADICIÓN Y/O PRÓRROGA? | | DESDE | | | | HASTA | | | |
| VALOR ADICIÓN | | | REDUCCIÓN | | | VALOR | | | |
| ¿CESIÓN? | No. | CEDENTE | | FECHA | | | VALOR CESIÓN | | |
| | | CESIONARIO | | DESDE | | | | | |
| ¿SUSPENSIÓN? | | | | DESDE | | | HASTA | | |
| ¿TERMINACIÓN ANTICIPADA? | | | | FECHA | | | | | |

**INFORMACION PARA PAGO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ¿PENSIONADO? | NO | NÚMERO DE PAGO | 1 | BASE DE APORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL | $ 2.575.520,00 |
| RÉGIMEN | NO RESPONSABLE DE IVA | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO | $ 6.438.800,00 | NUMERO DE FACTURA | |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA) | | BASE GRAVABLE | $ |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA) | $ 6.438.800,00 | IVA | $ |
| APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*) | $ 412.100 | **DATOS SEGURIDAD SOCIAL** | |
| APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*) | $ 321.900 | NOMBRE F. PENSIÓN | PROTECCION |
| CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR | UNO (I) | NOMBRE EPS | NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A |
| APORTES ARL (**) MES ANTERIOR | $ 13.400 | NOMBRE ARL | POSITIVA |
| APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL | $ - | | |

| NÚMERO DE ACTIVIDADES | 3 |
|---|---|

| ACTIVIDAD | % | VALOR |
|---|---|---|
| C-1705-1100-9-10106A-1705020-02Elaborar las pretensiones socializándolas con el solicitante | 34.00% | $ 2.189.192,00 |
| C-1705-1100-9-10106A-1705020-02Radicar la demanda ante el juez de restitución de tierras | 33.00% | $ 2.124.804,00 |
| C-1705-1100-9-10106A-1705020-02Realizar la representación judicial de los casos de Restitución de tierras en los cuales la victima otorga poder | 33.00% | $ 2.124.804,00 |
| | | |
| | | |
| TOTALES | 100.00% | $ 6.438.800,00 |

**DATOS BANCARIOS**

| BANCO | BANCO DAVIVIENDA | TIPO | AHORROS | No. CTA | 00000016370275170 |
|---|---|---|---|---|---|

NOTA: (*) El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y Fondo de Solidaridad Pensional deberán ser calculados en base en el 40% de los honorarios mensuales sin incluir IVA, en este valor deben estar excluidos los intereses de mora si estos fueron causados.
(**) Valor que depende del nivel de riesgo que establezca la Entidad.

**CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA**

1° Anexo Factura original (si aplica) fotocopia de los aportes obligatorios a salud, pensión, ARL (si aplica), del respectivo periodo y documentos establecidos en el contrato como requisitos para pago.

2° En calidad de contratista 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. Artículo 4 Decreto 2271 / 18 de junio de 2009.

3° De conformidad con el Decreto 1273 de 23 de julio de 2018 en la aplicación del artículo 3.2.7.6 PLAZOS manifiesto que en caso de presentar la cuenta de cobro de manera extemporánea y de acuerdo a la circular interna del GGEF donde se indican las fechas para radicación de cuentas, seré responsable del pago de los aportes a seguridad social con sus respectivos intereses de mora a que haya lugar.

4° De acuerdo con el artículo 89 de la Ley 2277 del 2022, los trabajadores independientes con ingresos netos mensuales iguales o superiores a un (1) salario mínimo legal mensual vigente (SMLMV) que celebren contratos de prestación de servicios personales, cotizarán mes vencido al Sistema de Seguridad Social Integral, sobre una base mínima del cuarenta por ciento (40%) del valor mensualizado del contrato, sin incluir el valor del impuesto sobre las ventas -IVA.

FIRMA JESUS EMIR MOSQUERA MOSQUERA

**CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

**En mi calidad de supervisor(es) del presente contrato de prestación de servicios, certifico el cumplimiento por parte del contratista de las actividades descritas en el formato GC-FO-15 INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICACIÓN DE SUPERVISOR(ES) CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN o GC-FO-54 INFORME FINAL DE ACTIVIDADES Y CERTIFICACIÓN SUPERVISOR(ES) – CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN (según corresponda), el cual será remitido en original a Gestión Documental para su inclusión en el expediente contractual, razón por la cual autorizo el pago.**

| N° DE SUPERVISORES | NOMBRE | JAQUELINE CAMPOS RINCON | CARGO / ROL | DIRECTORA TERRITORIAL E.I. | DEPENDENCIA | DT_CHOCO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | NOMBRE | | CARGO / ROL | | DEPENDENCIA | |

FIRMA JAQUELINE CAMPOS RINCON

FIRMA

Bolo 27/02/2025
Sonia Palacios
T. Pr.

Si usted copia o imprime este documento,la UAEGRTD lo considerará como No Controlado y no se hace responsable por su consulta o uso. Si desea consultar la versión vigente y resolver la(s) consulta(s) ingrese al Sistema de Información Estratégico

| | | | |
|---|---|---|---|
| | UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE GESTIÓN DE RESTITUCIÓN DE TIERRAS DESPOJADAS | PAGINA | 1 DE 1 |
| | PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA | CODIGO: GF-FO-09 | |
| | SOLICITUD DE INFORMACIÓN PERSONAL Y TRIBUTARIA PERSONA NATURAL | VERSIÓN: 5 | |

**Clasificación de la Información** Publica ☑ Reservada ☐ Clasificada ☐ Fecha de aprobacion 28/12/2022

**REGISTRO EN EL SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN FINANCIERA SIIF.** Para dar cumplimiento a las Normas Tributarias Nacionales y Distritales, las cuales establecen el sistema de retenciones en el impuesto de IVA, Retención en la Fuente e Industria y Comercio, le solicitamos suministrar la siguiente información:

| INFORMACIÓN GENERAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS | JESUS EMIR MOSQUERA MOSQUERA | | | EXTRANJERO | NO |
| TIPO DE DOCUMENTO | CÉDULA DE CIUDADANIA | Nº DOCUMENTO | 16932703 | TELÉFONO FIJO/CELULAR | 3136611291 |
| DIRECCIÓN | CARRERA 36 A 63-46 | | | CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO | QUIBDO |
| PROFESIÓN | ABOGADO | | | Nº MATRÍCULA PROFESIONAL | 120 111 |
| CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL PARA ENVÍO DE NOTIFICACIONES | jessusemirmosquera@hotmail.com | | | | |

| INFORMACIÓN BANCARIA | | | |
|---|---|---|---|
| ENTIDAD BANCARIA | BANCO DAVIVIENDA | TIPO DE CUENTA | AHORROS |
| NÚMERO DE CUENTA | | | |
| JESUS EMIR MOSQUERA MOSQUERA CERTIFICA QUE LA CUENTA BANCARIA RELACIONADA SE ENCUENTRA ACTIVA | | | |

| INFORMACION TRIBUTARIA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NIT | 16932703 | DÍGITO DE VERIFICACIÓN | 7 | RÉGIMEN AL QUE PERTENECE | NO RESPONSABLE DE IVA |
| ¿ESTÁ OBLIGADO A DECLARAR IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO? | NO | | | ¿PRESENTA DECLARACIÓN DE RENTA? | SI |
| CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA CIIU (*) | 6910 | | | CÓDIGO ACTIVIDAD SECUNDARIA | |
| DIRECCIÓN REPORTADA EN EL RUT | CR 36A 63-46 BARRIO BOSTON- MEDELLIN | | | CÓDIGO POSTAL | 270001 |
| TIPO DE FACTURA | | | | No RESOLUCIÓN FACTURACIÓN | |
| | | | | FECHA DE VENCIMIENTO RESOLUCIÓN | |

FIRMA

QUIBDO 27 FEBRERO 2025

CIUDAD Y FECHA

**Nota : El código de actividad CIIU debe estar relacionado con el Objeto del Contrato.**

Si usted copia o imprime este documento, la UAEGRTD lo considerará como No Controlado y no se hace responsable por su consulta o uso. Si desea consultar la versión vigente y controlada consulte el Sistema de Información Strategos

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14959186971

(415)7707212489984(8020)000001495918697 1

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

## IDENTIFICACIÓN

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

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MOSQUERA | MOSQUERA | JESUS | EMIR |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Antioquia 0 5 | Medellín 0 0 1 |

41. Dirección principal
CR 36 A 6345 ED TORRE DE BOSTON - MEDELLIN

42. Correo electrónico jesusemirmosquera@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| 2 7 | 3 1 3 6 6 1 1 2 9 1 | 3 1 1 7 1 1 7 6 1 4 |

## CLASIFICACIÓN

### 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 |
| 6 9 1 0 | 2 0 0 5 1 0 1 1 | | | | | | 2 4 2 1 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

### Usuarios aduaneros

54. Código

### 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 MOSQUERA MOSQUERA JESUS EMIR

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF 27-01-2025 12:33:12PM

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JESUS EMIR MOSQUERA MOSQUERA identificado(a) con CC 16932703 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de** | **01/02/2019** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **UNION TEMPORAL VIVA MEDELLIN - SEDE PRADO** |
| **Categoría:** | **A** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 27 días del mes de enero del año 2025.

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

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **MOSQUERA MOSQUERA JESUS EMIR** identificado(a) con **CC** número **16.932.703** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de noviembre de 2005 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 27 de enero de 2025.

Cordialmente,

**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA 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, **JESUS EMIR MOSQUERA MOSQUERA** identificado con **CC** No. **16932703**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE GESTION DE RESTITUCION DE TIERRAS DESPOJADAS - NI. 900498879 | **Fecha de inicio de cobertura:** 11/02/2025<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 11/02/2025<br>**Fecha fin de Contrato:** 31/12/2025<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 1 |

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automatica 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): 202501012877924.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 25 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

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

**CERTIFICACIÓN:**

Yo JESÙS EMIR MOSQUERA MOSQUERA, identificado (a) con C.C. (X) o C.E. ( ) No.16.932.703 expedida en Cali domicilio principal en la ciudad de Quibdó, dirección carrera 9 No. 13-37 contrato **No. 1676,** en cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 99 de 2013 y Decreto 1070 de 2013, de manera libre y espontánea bajo la gravedad de juramento, manifiesto que la siguiente persona se encuentran a mi cargo y en consecuencia depende económicamente de mí:

| Nombres y apellidos | Documento de Identidad | Fecha de Nacimiento | Calidad del Dependiente |
|---|---|---|---|
| SARA MOSQUERA ASPRILLA | 1149938888 | 01 JULIO 2014 | HIJA |
| | | | |

**NOTA:** Relacione solo (1) uno de sus dependientes de acuerdo con lo definido en el parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario.

ANEXO:

1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.
   - Registro civil de nacimiento

2. Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.
   - Certificado de estudios vigente o recibo de matrícula vigente
   - Registro civil de nacimiento

3. Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia, originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.
   - Copia de la cedula del dependiente
   - Certificado de medicina legal o EPS.

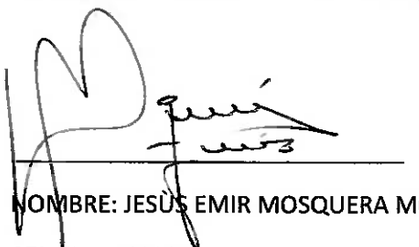
4. El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.
   - Copia de la cédula del dependiente
   - Certificado anual del contador público y el certificado de antecedentes disciplinarios vigente.
   - O Certificado de medicina legal o EPS. (según corresponda)

5. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia sean por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.
   - Copia de la cédula del dependiente
   - Certificado anual del contador público y el certificado de antecedentes disciplinarios vigente.
   - O Certificado de medicina legal o EPS. (según corresponda).

Certifico igualmente que la deducción de la base de retención en la fuente por concepto de dependientes cumple las restricciones establecidas en el parágrafo 4º del artículo 2º del Decreto 99 de 2013, en el entendido que no se solicitan por más de un contribuyente en relación con un mismo dependiente, igualmente y me comprometo a comunicar cualquier cambio que pueda modificar el beneficio obtenido.

La anterior afirmación para optar al beneficio de la deducción por DEPENDIENTES establecido en las normas tributarias.

Esta declaración la hago a los 25 días de febrero del año 2025, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7º (prohibición de declaraciones extra-juicio) del Decreto 19 de 2012, con destino a la Unidad Administrativa Especial de Gestión de Restitución de Tierras Despojadas - UAEGRTD, para que surta los efectos legales.



NOMBRE: JESÙS EMIR MOSQUERA MOSQUERA

CEDULA: 16932703

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

NUIP 1149938088

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51346547

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 23 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 0 4 8

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía
COLOMBIA VALLE CALI

**Datos del inscrito**

Primer Apellido: MOSQUERA
Segundo Apellido: ASPRILLA
Nombre(s): SARA

Fecha de nacimiento: Año 2014 Mes JUL Día 01
Sexo (en letras): FEMENINO
Grupo sanguíneo: O
Factor RH: +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)
COLOMBIA VALLE CALI

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
No. de serie certificado de nacido vivo: 12915089-2

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: ASPRILLA IBARGUEN LEIDA MARIA
Documento de identificación (Clase y No. serie): C.C. 35.696.367 ISTMINA
Nacionalidad: COLOMBIANA

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: MOSQUERA MOSQUERA JESUS EMIR
Documento de identificación (Clase y número): C.C. 16.932.703 CALI
Nacionalidad: COLOMBIANO

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: MOSQUERA MOSQUERA JESUS EMIR
Documento de identificación (Clase y número): C.C. 16.932.703 CALI
Firma: 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**

Año 2014 Mes JUL Día 14

Nombre y firma del funcionario que autoriza
RAMIRO CALLE CAICEDO
NOTARIO
Nombre y firma

**Reconocimiento paterno**

X
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
RAMIRO CALLE CAICEDO
NOTARIO
Nombre y firma

**ESPACIO PARA NOTAS**

Leído M. Asprilla
35.696.367
LA MADRE ACEPTA EL RECONOCIMIENTO. I.V 132 TOMO 17

LA OFICINA DE REGISTRO

Powered by CamScanner