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 GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**92923-732770**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CARLOS JOSE ALDANA PEREZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	79.746.623	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	carlosaldana1@yahoo.com	**Número de Cuenta:**	24421344805
IP/Nº de contacto:	0	**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**	NO

¿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	SI
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:	7432595/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**45225**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios profesionales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, así como otras actividades que se deriven de los procesos formativos de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subsedes y organizaciones, ejecutando acciones

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/05/2025 Al 31/05/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 19.011.312
Número de pago	**3**	**Valor Total del Contrato:**	$ 27.597.066
Valor Bruto Pago:	**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 14.411.801

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.511	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	**$ 4.599.511**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.704.460**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Mayo	Abril
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**8386016708**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 1.839.804
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 230.000	$ 230.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 294.400	$ 294.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.700	$ 9.700
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		$ 459.951	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 22.949.039	$ 901.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.682.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.704.460,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.075.111,00	
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	39.366,00	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	**$4.560.145,00**	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL CIENTO CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se integraron principios del PEI en unidades didácticas con estrategias pedagógicas que refuerzan misión, visión y valores.

Cumplo con el Reglamento del Aprendiz SENA con prácticas que garantizan procesos formativos y administrativos conforme a las normas.

Entrego productos según el contrato: informes, reportes, registros, guías, manuales, formatos y materiales de aprendizaje formativo.

Registro novedades en Sofía Plus garantizando trazabilidad con creación de rutas juicios de evaluación y eventos del proceso formativo

Facilito inducción y validación de aprendizajes previos según directrices de la entidad y requisitos específicos del área de formación

Cumplo disposiciones de protección de datos personales según el Acuerdo 009 de 2016 del SENA y la Ley 1581 de 2012

Proveo medios y herramientas propias para cumplir actividades contratadas, asegurando autonomía técnica y operativa

Asisto a reuniones de comités técnicos y jornadas mensuales. Participación en evaluación, seguimiento, tareas del contrato

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

CARLOS JOSE ALDANA PEREZ
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,

ORLANDO SUAREZ MOLINA
INSTRUCTOR G15

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
VIVIANA GOMEZ VARGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

16/05/25 09:20:28 USUARIO: SIC - C.C. 79746623

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): CARLOS JOSE ALDANA PEREZ
No. Identificación: CC79746623
Dirección: AVENIDA CARRERA 50 # 4 C 14
Telefono: 3123767988
Correo: carlosaldana1@yahoo.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8386016708

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CARLOS JOSE ALDANA PEREZ
Tipo y número de identificación	CC79746623
Número de planilla	8386016708
Fecha pago	2025-04-30
Número de autorización pago	59120095
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	abril de 2025
Periodo de Cotización Pensión	abril de 2025
Número de Administradoras	3
Total Pagado	534100
Total Intereses de Mora	0

PAGADA
8386016708

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	9700	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	294400	1
EPS008	Compensar EPS	230000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 79746623
APELLIDOS Y NOMBRES: CARLOS JOSE ALDANA PEREZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1839804	1839804	1839804	0	230000	0	294400	0	9700	0

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

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA SUR 2 **DIRECCIÓN:**Autopista Sur # 36-40 Sur, Villa Mayor **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2024-10-18

Nombres y apellidos: CARLOS JOSE ALDANA PEREZ
Fecha de nacimiento: 03/04/1977
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA

CC: 79746623
Edad: 47 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2024-10-18 / 10:45:53
Fecha salida: 2024-10-18 / 11:28:40



EXÁMENES REALIZADOS

- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- VALORACION DE PSICOLOGIA OCUPACIONAL
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- EXAMEN OPTOMETRICO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

RECOMENDACIONES:
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: REGIMEN NUTRICIONAL.

OTRAS:: CONTROL MEDICO PERIODICO.

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

JAIME ARTURO PORRAS GUZMAN
RM: 14337
Firma y sello del médico

CARLOS JOSE ALDANA PEREZ
CC: 79746623
Firma del paciente

Cendiatra

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA SUR 2 | **DIRECCIÓN:**Autopista Sur # 36-40 Sur, Villa Mayor | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 | **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-10-18

Nombres y apellidos: CARLOS JOSE ALDANA PEREZ
Fecha de nacimiento: 03/04/1977
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA

CC: 79746623
Edad: 47 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2024-10-18 / 10:45:53
Fecha salida: 2024-10-18 / 11:28:40



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: REGIMEN NUTRICIONAL.
2. OTRAS:: CONTROL MEDICO PERIODICO.

JAIME ARTURO PORRAS GUZMAN
RM: 14337
Firma y sello del médico

CARLOS JOSE ALDANA PEREZ
CC: 79746623
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Cendiatra

VALORACION DE PSICOLOGIA OCUPACIONAL

SEDE: CENDIATRA SUR 2 | **DIRECCIÓN:** Autopista Sur # 36-40 Sur, Villa Mayor | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 | **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-10-18

CC: 79746623
Nombres y apellidos: CARLOS JOSE ALDANA PEREZ
Fecha de nacimiento: 03/04/1977
Edad: 47 **Sexo:** MASCULINO **RH:** O +
Teléfono:
Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA
Fecha ingreso: 18/10/2024
Fecha salida: 18/10/2024
Teléfono acompañante:



VALORACIÓN CONDUCTUAL

SECCIÓN 1

ÁREA COGNITIVA:	PACIENTE DENTRO DE LOS PARÁMETROS, PRESENTA UNA ADECUADA CAPACIDAD COGNOSCITIVA. ORIENTADO, CONSIENTE, CON ADECUADA CONCENTRACIÓN Y ATENCIÓN.
ÁREA EMOCIONAL:	ADECUADA, EL PACIENTE RESPONDE DE MANERA CONSISTENTE CON LOS EVENTOS Y ACONTECIMIENTOS PROPIOS DE LA VIDA LABORAL, FAMILIAR Y SOCIAL. REFIERE QUE VIVE CON SU ESPOSA E HIJOS, CON QUIENES INFORMA QUE LLEVA UNA BUENA RELACIÓN.
NIVEL DE ESTRES:	INDICATIVO BAJO EN FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE ESTRÉS. NO PRESENTA DIFICULTAD EN LA HIGIENE DEL SUEÑO.
VALORACIÓN DE FACTOR PSICOSOCIAL:	SE PERCIBE MEDIANTE ENTREVISTA RIESGO BAJO, LAS CONDICIONES QUE SE ENCUENTRAN PRESENTES FRENTE A SU SITUACIÓN LABORAL Y QUE ESTÁN DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON LAS CONDICIONES AMBIENTALES NO INTERFIEREN EN SU SALUD MENTAL

CONCEPTO PSICOLÓGICO

SECCIÓN 1

CONCEPTO PSICOLÓGICO:	SIN APARENTE ALTERACIÓN EN LA ESCALA DE SALUD MENTAL

RECOMENDACIONES

SECCIÓN 1

RECOMENDACIONES:	• CONTINUAR CON UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE (DEPORTE, ACTIVIDAD FÍSICA) • REALIZAR PAUSAS ACTIVAS (MENTALES/FÍSICAS) • LLEVAR A CABO CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS.

INTERPRETACIÓN DE PRUEBA APLICADA C.A Q

SECCIÓN 1

APLICO PRUEBA:	NO

ADJUNTAR

ADJUNTAR
ADJUNTAR:

Ana María Luque R
Ana María Luque Ramírez
Psicóloga - Esp. SST
T.P. 156592
Lic SST 1853 de 2020

ANA MARIA LUQUE RAMIREZ
RM: 156592
Firma y sello del médico

CARLOS JOSE ALDANA PEREZ
CC: 79746623
Firma del paciente

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

SEDE: CENDIATRA SUR 2 **DIRECCIÓN:**Autopista Sur # 36-40 Sur, Villa Mayor **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2024-10-18

CC: 79746623
Nombres y apellidos: CARLOS JOSE ALDANA PEREZ
Fecha de nacimiento: 03/04/1977
Edad: 47 **Sexo:** MASCULINO **RH:** O +
Teléfono:
Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA
Fecha ingreso: 18/10/2024
Fecha salida: 18/10/2024
Teléfono acompañante:



ANTECEDENTES PERSONALES

SECCIÓN 1

DIABETES:	NO	
CIRUGÍA OCULAR:	NO	
GLAUCOMA:	NO	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL:	NO	
ALERGIAS:	NO	
OTROS:	NO	
¿PRESENTA CORRECCIÓN ÓPTICA DURANTE EL EXAMEN?:	SI	NO USA GAFAS

MOTIVO DE CONSULTA

SECCIÓN 1

VISIÓN BORROSA:	NO
ARDOR:	NO
LAGRIMEO:	NO
ENROJECIMIENTO:	NO
PRURITO:	NO
CEFALEA:	NO
ASTENOPIA:	NO
SALTO DE RENGLON:	NO
FOTOFOBIA:	NO
SECRECIÓN:	NO
DOLOR OCULAR:	NO
VISIÓN DOBLE:	NO
INVERSIÓN DE NÚMEROS Y LETRAS:	NO
MAREO:	NO
VERTIGO:	NO
MIODESOPSIAS:	NO
OTROS:	

AGUDEZA VISUAL

VISIÓN LEJANA

SIN CORRECCION OD VISIÓN LEJANA:	20/20
CON CORRECCION OD VISIÓN LEJANA:	
SIN CORRECCION OI VISIÓN LEJANA:	20/20
CON CORRECCION OI VISIÓN LEJANA:	
SIN CORRECCION AO VISIÓN LEJANA:	20/20
CON CORRECCION AO VISIÓN LEJANA:	

VISIÓN PRÓXIMA

SIN CORRECCION OD:	0.50 CM.
CON CORRECCION OD:	
SIN CORRECCION OI:	0.50 CM.
CON CORRECCION OI:	
SIN CORRECCION AO VISIÓN PRÓXIMA:	0.50 CM.
CON CORRECCION AO VISIÓN PRÓXIMA:	

ESTENOPEICO

SIN CORRECCION OD ESTENOPEICO:	
SIN CORRECCION OI ESTENOPEICO:	
SIN CORRECCION AO ESTENOPEICO:	

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

SECCIÓN 1

OD:	NORMAL
OI:	NORMAL

COVER TEST

SECCIÓN 1

LEJOS:	ORTHO
CERCA:	X
HIRSCHBERG:	CENTRADO
P.P.C:	
MOTILIDAD OCULAR:	

QUERATOMETRÍA

SECCIÓN 1

OD QUERATOMETRÍA:	NA
OI QUERATOMETRÍA:	NA

OFTAMOLSCOPIA

SECCIÓN 1

OD OFTAMOLSCOPIA:	NORMAL
OI OFTAMOLSCOPIA:	NORMAL

REFRACCÍON

OJO DERECHO

ESTÁTICA:	
DINÁMICA:	
CICLOPLEJÍA:	

OJO IZQUIERDO

ESTÁTICA:	

DINÁMICA:

CICLOPLEJÍA:

TEST ADICIONALES

SECCIÓN 1

TEXT ADICIONALES:	NO
VISIÓN CROMÁTICA:	NORMAL
ESTERIOPSIS:	NORMAL
TITMUS:	NO

RX EN USO

OD:

OI:

DIAGNÓSTICO

SECCIÓN 1

DIAGNÓSTICO 1:	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN
DIAGNÓSTICO 2:	
DIAGNÓSTICO 3:	
DIAGNÓSTICO 4:	
DIAGNÓSTICO 5:	
OBSERVACIONES:	CONTROL EN UN AÑO

RECOMENDACIONES

SECCIÓN 1

REQUIERE FORMULA:	NO
CONTROL ANUAL:	SI
VALORACIÓN OFTALMOLÓGICA:	NO
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:	NO

YENNIFER BARRERA MOSQUERA
RM: N/A
Firma y sello del médico

CARLOS JOSE ALDANA PEREZ
CC: 79746623
Firma del paciente

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá D.C., 5 de marzo del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

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	**1034669638**	**SANTIAGO ALDANA CASTAÑO**	**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,



CARLOS JOSE ALDANA PEREZ
C.C. 79746623

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1034669638

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53117861

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 2 F

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ALDANA	CASTAÑO

Nombre(s)

SANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Tiempo de gestación	Factor RH
Año 2014 Mes ENE Día 08	MASCULINO	0	POSITIVO

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de nacidos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13226960 - 2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CASTAÑO TORO ERIKA LILIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 52836795 de BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ALDANA PEREZ CARLOS JOSE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 79746623 de BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CASTAÑO TORO ERIKA LILIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 52836795 de BOGOTA D.C.	

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 FEB Día 12	MIGUEL ANTONIO ZAMORA AVILA
	Nombre y firma

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1034669639

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53117862

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [ ] Notaría [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A Z F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía
COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ALDANA	CASTAÑO

Nombre(s)
LUCIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Hijo(a) adoptivo(a)	Factor RH
Año 2 0 1 4 Mes E N E Día 0 8	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)
COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13226969 - 1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
CASTAÑO TORO ERIKA LILIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 52836755 de BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
ALDANA PEREZ CARLOS JOSE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 79746623 de BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
CASTAÑO TORO ERIKA LILIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 52836755 de BOGOTA D.C.	Erika Liliana Castaño

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 2 0 1 4 Mes F E B Día 1 3	MIGUEL ANTONIO ZAMORA AVILA
	Nombre y firma

COPIA PARA EL USUARIO - * 2 8 3 6 7 5 5 *