



| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                            |        |                             |                    |                            |
|-------------------------------------|-------------------|----------------------------|--------|-----------------------------|--------------------|----------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN                   | TELÉFONO           | CORREO                     |
| CC                                  | 11322447          | ALEXANDER SEPULVEDA PERICO |        | Diagonal 57 z sur # 74 B 10 | 3045603901         | asepulvedape1974@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN                  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL            | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                | CIUDAD / MUNICIPIO |                            |
| ÚNICA                               | I – Independiente |                            |        | BOGOTÁ D. C.                | BOGOTÁ, D.C.       |                            |
| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                   |                            |        |                             |                    | NO                         |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                        |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|------------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD               |
| 87108705             | 04/06/2025                        |               |                          |                 | EMPLEADOS    UPC       |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1                    0 |
| 2025-05              | 2025-05                           | N             | 19/06/2025               | 87557557        | TOTAL A PAGAR          |
| \$78.100             |                                   |               |                          |                 |                        |

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 |           |                       |                |               |               |
| EPS008        | Compensar EPS | 860066942-7 | 31.200                 | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 7         | 200                   | 0              | 31.400        | 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 |
| 231001          | Colfondos | 800227940-6 | 40.000                 | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 7         | 200                   | 0              | 40.200        | 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 | 1.300                  |                  |       |                        | 1.300                 | 7         | 100                   | 1.400               |                            |                     | 13                | 1.400         | 1             |

| TOTALES CAJAS |                |             |              |           |                   |               |               |
|---------------|----------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre         | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24         | Compensar Caja | 860066942-7 | 5.000        | 7         | 100               | 5.100         | 1             |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 7         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 7         | 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                              | 31.200                              | 31.400        |
| Pensión                | 1                              | 40.000                              | 40.200        |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 1.300                               | 1.400         |
| CCF                    | 1                              | 5.000                               | 5.100         |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 4                              | 77.500                              | 78.100        |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                            |        |                             |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|----------------------------|--------|-----------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN                   | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 11322447          | ALEXANDER SEPULVEDA PERICO |        | Diagonal 57 z sur # 74 B 10 | 3045603901         | asepulvedape1974@gmail.com          |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL            | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                            |        | BOGOTÁ D. C.                | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                            |        |                             |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                            |        |                             |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
| 87108705             | 04/06/2025                        |               |                          |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2025-05              | 2025-05                           | N             | 19/06/2025               | 87557557        | \$78.100      |     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                            |           |         |           |                   |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |    |    |    |    |    |       |    |          |                   |            |                      |                      |                                |                                 |              |           |                        |          |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|----------------------------|-----------|---------|-----------|-------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|----|----|----|----|----|-------|----|----------|-------------------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|-----------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                            |           |         |           |                   |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |    |    |    |    |    | SALUD |    |          | RIESGOS LABORALES |            |                      | CCF                  |                                |                                 | PARAFISCALES |           |                        |          |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres        | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Columna exonerada | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN    | IOE | MA | MA | MA | MA | MA | MA    | MA | Cód. AFP | IBC AFP           | Cotización | Voluntari o 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   | 11322447              | SEPULVEDA PERICO ALEXANDER | 59        | 0       |           |                   | N         |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |    |    |    |    |    |       |    | 231001   | 2.200.000         | 352.000    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS008       | 2.200.000 | 275.000                | 14-23    | 2.200.000 | 1               | 11.500     | CCF24      | 2.200.000 | 44.000     | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                            |        |                             |                    |                            |
|-------------------------------------|-------------------|----------------------------|--------|-----------------------------|--------------------|----------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN                   | TELÉFONO           | CORREO                     |
| CC                                  | 11322447          | ALEXANDER SEPULVEDA PERICO |        | Diagonal 57 z sur # 74 B 10 | 3045603901         | asepulvedape1974@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN                  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL            | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                | CIUDAD / MUNICIPIO |                            |
| ÚNICA                               | I – Independiente |                            |        | BOGOTÁ D. C.                | BOGOTÁ, D.C.       |                            |
| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                   |                            |        |                             |                    | 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        |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0          |
| 2025-05              | 2025-05                           | I             | 04/06/2025               | 87108705        | TOTAL A PAGAR \$605.000 |

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 |           |                       |                |               |               |
| EPS008        | Compensar EPS | 860066942-7 | 243.800                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 243.800       | 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 |
| 231001          | Colfondos | 800227940-6 | 312.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 312.000       | 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 | 10.200                 |                  |       |                        | 10.200                | 0         | 0                     | 10.200              |                            |                     | 102               | 10.200        | 1             |

| TOTALES CAJAS |                |             |              |           |                   |               |               |
|---------------|----------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre         | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24         | Compensar Caja | 860066942-7 | 39.000       | 0         | 0                 | 39.000        | 1             |

| 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                              | 243.800                             | 243.800       |
| Pensión                | 1                              | 312.000                             | 312.000       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 10.200                              | 10.200        |
| CCF                    | 1                              | 39.000                              | 39.000        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 4                              | 605.000                             | 605.000       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                            |        |                             |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|----------------------------|--------|-----------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN                   | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 11322447          | ALEXANDER SEPULVEDA PERICO |        | Diagonal 57 z sur # 74 B 10 | 3045603901         | asepulvedape1974@gmail.com          |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL            | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                            |        | BOGOTÁ D. C.                | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                            |        |                             |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                            |        |                             |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2025-05              | 2025-05                           | I             | 04/06/2025               | 87108705        | \$605.000     |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                            |           |         |           |                   |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |     |         |     |     |     |          |          |           |            |                      |                      |                                |                                 |          |         |                        |          |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|----------------------------|-----------|---------|-----------|-------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|---------|-----|-----|-----|----------|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|---------|------------------------|----------|---------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                            |           |         |           |                   |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |      |     |     | PENSIÓN |     |     |     |          |          |           |            | SALUD                |                      |                                | RIESGOS LABORALES               |          |         | CCF                    |          |         | PARAFISCALES    |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres        | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Columna exonerada | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | IOE | MAA | VAC     | AVP | VCT | IRL | CONEXIÓN | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización | Voluntari o 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   | 11322447              | SEPULVEDA PERICO ALEXANDER | 59        | 0       |           | N                 |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |     |         |     |     |     |          | 231001   | 1.950.000 | 312.000    | 0                    | 0                    |                                | 0                               | 0        | EPS008  | 1.950.000              | 243.800  | 14-23   | 1.950.000       | 1          | 10.200     | CCF24   | 1.950.000  | 39.000                 | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

PAGADA



## FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BUCARAMANGA, 12 de Mayo del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)  
BUCARAMANGA

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:

|      |            |                           |         |
|------|------------|---------------------------|---------|
| C.C. | 1021513704 | LORELEI SEPULVEDA RAMIREZ | 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,

---

ALEXANDER SEPULVEDA PERICO  
C.C. 11322447



## FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BUCARAMANGA, 12 de Mayo del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)  
BUCARAMANGA

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 | 1222206503 | DELAHIN ALEXANDRA SEPULVEDA<br>RAMIREZ | 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,

---

ALEXANDER SEPULVEDA PERICO  
C.C. 11322447

NUIP 1.021.513.704

REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35736610

1  
9  
9  
E  
L  
S  
E  
\*

## Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

|                                                                           |                                             |           |                                    |                                        |                                                |              |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------|------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|--------------|
| Registraduría <input type="checkbox"/>                                    | Notaría <input checked="" type="checkbox"/> | Número 31 | Consulado <input type="checkbox"/> | Corregimiento <input type="checkbox"/> | Inspección de Policía <input type="checkbox"/> | Código A 6 E |
| País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía |                                             |           |                                    |                                        |                                                |              |
| COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.                                     |                                             |           |                                    |                                        |                                                |              |

## Datos del inscrito

|                                                                                      |         |                  |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------|-----------------|
| Primer Apellido                                                                      |         | Segundo Apellido |                 |
| SEPULVEDA                                                                            |         | RAMIREZ          |                 |
| Nombre(s)                                                                            |         |                  |                 |
| LORELEI                                                                              |         |                  |                 |
| Fecha de nacimiento                                                                  |         | Sexo (en letras) | Grupo Sanguíneo |
| Año 2007                                                                             | Mes MAR | Día 10           | FEMENINO        |
| Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección) |         | Factor RH        |                 |
| COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.                                                |         | B                | (+)             |

## Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

## Número certificado de nacido vivo

A 7927338

## Datos de la madre

|                                              |              |
|----------------------------------------------|--------------|
| Apellidos y nombres completos                |              |
| RAMIREZ MEDINA ANA YANETH                    |              |
| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
| C.C.No. 52.305.212 DE BOGOTÁ                 | COLOMBIANA   |

## Datos del padre

|                                              |              |
|----------------------------------------------|--------------|
| Apellidos y nombres completos                |              |
| SEPULVEDA PERICO ALEXANDER                   |              |
| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
| C.C. No. 11.322.447 DE GIRARDOT - CUND.      | COLOMBIANO   |

## Datos del declarante

|                                                  |                            |
|--------------------------------------------------|----------------------------|
| Apellidos y nombres completos                    |                            |
| SEPULVEDA PERICO ALEXANDER                       |                            |
| Documento de identificación (Clase y número)     | Firma                      |
| C.C.No. 11.322.447 DE GIRARDOT - CUND. (FIRMADO) | SEPULVEDA PERICO ALEXANDER |

## 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 2007 Mes ABR Día 04

## Nombre y firma del funcionario que autoriza

*Lidia Sepulveda Cossio*  
LIDUARA SEPULVEDA COSSIO (E)  
Nombre y firma

## Reconocimiento paterno

## Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

|       |                |
|-------|----------------|
| Firma | Nombre y firma |
|       |                |

## ESPACIO PARA NOTAS

DE CONFORMIDAD CON EL ART. 4º DEC. 999 DE 1.988 SE SUTITUYE

AL SERIAL No. 35736600 POR ANOTAR EQUIVOCADAMENTE SU GRUPO SANGUINEO, SE VERIFICÓ ANTECEDENTE Y PRESENTO SOLICITUD POR ESCRITO... LA NOTARIA (E)

LA NOTARIA TREINTA Y UNA (31) DE BOGOTÁ D.C.

Hace constar, que esta fotocopia es autentica, que fue tomada de su ORIGINAL que reposa en el archivo de registro civil de NACIMIENTO de esta notaria y se expide conforme a los Art. 114 y 115 del Decreto Ley 1260 de 1.970, a solicitud del interesado a los (9) días del mes de ABRIL Del 2007. LAS COPIAS DE REGISTRO CIVIL NO TIENEN FECHA DE VENCIMIENTO ART. (2do.) DECRETO (2189) DE 1.983

ESTHER BONIFANTO JOHNSON

Notaria 31 del círculo de Bogotá  
"se expide el presente certificado a solicitud del interesado (a) para demostrar parentesco".

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

# REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

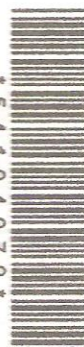
Indicativo  
Serial

54194079

NUIP

1 222 206 503

\* 5 4 1 9 4 0 7 9 \*



### Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaria ☐ Número  Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código  A B V

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

REGISTRADURIA DE CHAPINERO CL CAFAM COLOMBIA CUNDINAMARCA BOG

### Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

SEPULVEDA

RAMIREZ

Nombre(s)

DELAHIN ALEXANDRA

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año 2 0 1 4 Mes E N E Día 1 5 FEMENINO 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 O DE NACIDO VIVO

12475750

### Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

RAMIREZ MEDINA ANA YANETH

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 52.305.212

COLOMBIA

### Datos del padre

Apellidos y nombres completos

SEPULVEDA PERICO ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 11.322.447

COLOMBIA

### Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SEPULVEDA PERICO ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número)

CC 11.322.447

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

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Año 2 0 1 4 Mes E N E Día 1 8

BRENDA JIMENA CASTRO PENA - REGIS

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



REPUBLICA DE COLOMBIA  
ORGANIZACION ELECTORAL  
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N



NUIP

1.222.206.503

Tipo de certificado

Datos Esenciales

Acreditar  
Parentesco

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

SEPULVEDA RAMIREZ DELAHIN ALEXANDRA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)

Año

2014

Mes

ENE

Día

15

Sexo (en letras)

FEMENINO

Tipo Sanguíneo

O +

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Fecha de Inscripción (Mes en letras)

Año

2014

Mes

ENE

Día

18

Indicativo serial

0054194079

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

RAMIREZ MEDINA ANA YANETH

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 52.305.212

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

SEPULVEDA PERICO ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 11.322.447

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

SEPULVEDA PERICO ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 11.322.447

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Código

A 5 A

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año

2014

Mes

ENE

Día

24

Nombre y firma del funcionario

Brenda Jimena Castro Peña

Registrador del Estado Civil