| Agencia para la Reincorporación y la Normalización - ARN | CERTIFICADO DE SUPERVISION O INTERVENTORIA PARA PAGO | CÓDIGO : GF-F-02 | |
|---|---|---|---|
| | | FECHA : 2021-05-04 | VERSIÓN : V-7 |

I. INFORMACIÓN DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORÍA

SUPERVISOR(A) (ES): **INGRID YESENIA GUIOS MOJICA**

II. INFORMACIÓN CONTRACTUAL

| Contrato No. | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA | C.C. - C.E - NIT - RUT- ID No. |
|---|---|---|
| 915 | **LUIS HERNANDO MELENDEZ HERNANDEZ** | **1.098.607.820** |

| FECHA INICIO | 17/02/2025 | FECHA TERMINACIÓN | 31/12/2025 | No. RP COMPROMISO(S) VIGENCIA | 136225 |
|---|---|---|---|---|---|

Objeto del Contrato:

Prestar con autonomía técnica y administrativa sus servicios profesionales a la Agencia para la Reincorporación y la Normalización ARN - Dirección Programática de Reintegración - Subdirección Territorial para apoyar la implementación de las rutas de atención conforme a la normativa vigente, los lineamientos y métodos operativos establecidos por la entidad, brindando acompañamiento y atención a las personas en los procesos de Reintegración, Reintegración Especial de Justicia y Paz, y Atención Diferencial

| CONTRATO | VALOR $ |
|---|---|
| INICIAL | $ 51.342.454 |
| VR. ACTUAL (1) | **$ 51.342.454** |

PAGOS ACUMULADOS (2) $ -

**VR. A PAGAR** (3) $ 2.289.154

**SALDO CONTRATO** (=1-2-3) $ 49.053.300

EL CONTRATISTA PRESENTA SOPORTES EN LA QUE CONSTA EL PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y ARL, POR VALOR CORRESPONDIENTE AL PAGO CERTIFICADO, ASI:

FEBRERO

Otro

Régimen: No Responsable de IVA

**CERTIFICO BAJO MI ENTERA RESPONSABILIDAD QUE EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A CABALIDAD CON EL OBJETO Y OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO, EN LOS TÉRMINOS Y TIEMPO PACTADOS, DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES LEGALES ESPECIALMENTE LA LEY 1474 DE 2011,**

POR LO TANTO AUTORIZO EL PAGO POR VALOR DE: **$ 2.289.154**

CORRESPONDIENTE AL PERÍODO: 17 AL 28 DE FEBRERO DE 2025

Usos Presupuestales:

| RP | RUBRO | VALOR PAGO | USO PRESUPUESTAL | DISTRIBUCIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 136225 | A-03-03-01-001 | 2.289.154 | A-02-02-02-008-003-09 | 2.289.154 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | 2.289.154 | | 2.289.154 |

**OBSERVACIONES y ANEXOS**: (Relacione No(s). FACTURA(S) en caso que aplique; escriba comentarios que considere relevantes para el pago; informe o relacione los anexos o documentos adicionales; tenga en cuenta que puede afectar varios rubros presupuestales y/o dependencias de gasto; solicite ayuda para diligenciar de ser el caso).

El pago de la PILA No.4591374773, correspondiente al periodo de cotización FEBRERO, se realizó el día 25-feb-2025. Al realizar la consulta en la plataforma establecida por el Ministerio de salud aparece que "la planilla se encontró, pero el tipo de cotizante reportado es diferente a un independiente con contrato de prestación de servicios superior a un mes", por esta razón se realiza la validación con la planilla del operador enviada por el contratista.

INGRID YESENIA GUIOS MOJICA

Firmado digitalmente por INGRID YESENIA GUIOS MOJICA

FIRMA SUPERVISOR(A)(ES) Y/O INTERVENTOR(A)(ES)

El registro de datos personales, autoriza a la entidad para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos conforme a las disposiciones contenidas en la Ley 1581 de 2012 y las normas que la modifiquen, adicionen o complementen. Conozca la Política de Privacidad y Tratamiento de Datos Personales a través de http://www.reincorporacion.gov.co/

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1098607820 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LUIS HERNANDO MELENDEZ HERNANDEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BUCARAMANGA | DEPARTAMENTO: | SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | CLL 17 # 3W-65 | TELÉFONO: | 6999999 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | **4591374773** | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | febrero | AÑO 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | febrero | AÑO 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2025/02/25 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 9991810939 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 227.800 | $ 0 | $ 227.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 227.800** | **$ 0** | **$ 227.800** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 178.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 178.000 | $ 0 | $ 0 | $ 178.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 178.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 178.000** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1098607820 | MELENDEZ HERNANDEZ LUIS HERNANDO | INDEPEND | | $ 1.423.500 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.423.500 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 227.800 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1.423.500 | $ 178.000 | $ 0 | $ 178.000 | | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 405.800** |

Planilla Pagada

| Agencia para la Reincorporación y la Normalización - ARN | **Certificación – Retención en la fuente** |
|---|---|

Yo, Luis Hernando Melendez Hernandez, identificado(a) como aparece al pie de mi firma y en calidad de contratista de prestación de servicios personales de la **Agencia para la Reincorporación y la Normalización - ARN** según el contrato No. **915** de **2025**, declaro bajo la gravedad de juramento que:

1. Para efectos de las deducciones que otorga el artículo 387 del Estatuto Tributario:

1.1. Tengo derecho a la deducción por intereses y corrección monetaria ya que actualmente me encuentro pagando un crédito hipotecario: SI ___, NO __X__. Para el efecto anexo el certificado correspondiente. La proporción que se debe aplicar será del ____%.

**Nota 1.** En virtud del artículo 8 del Decreto 3750 de 1986, cuando el crédito haya sido otorgado a varias personas se aplicará proporcionalmente a cada una de ellas, cuando el crédito fuere otorgado a ambos cónyuges, la deducción podrá ser solicitada en su totalidad en cabeza de uno de ellos siempre y cuando manifieste en su solicitud que el otro cónyuge no la ha solicitado. En el caso de los trabajadores que laboren para más de un patrono esta deducción sólo podrá ser solicitada ante uno de ellos.

**Nota 2.** En caso de que el certificado de crédito hipotecario esté a nombre de dos o más personas y el contratista certifique que se le aplique el 100%, éste manifiesta bajo la gravedad del juramento que la(s) otra(s) persona(s) no solicitará(n) dicho descuento.

1.2. Tengo derecho a la deducción por pagos efectuados por contratos de prestación de servicios a empresas de medicina prepagada vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, que impliquen la protección mía, de mi cónyuge, mi(s) hijo(s) y/o dependiente(s): SI____, NO _X___. Para el efecto anexo el certificado correspondiente.

1.3. Tengo derecho a la deducción por pagos efectuados por seguros de salud, expedidos por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, que impliquen la protección mía, de mi cónyuge, mi(s) hijo(s) y/o dependiente(s): SI____, NO __X__. Para el efecto anexo la certificación correspondiente.

**Nota 3.** Las deducciones contempladas en los numerales 1.2 y 1.3 se aplicarán siempre y cuando el contratista sea el titular del respectivo contrato y/o póliza.

El registro de datos personales autoriza a la entidad para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos conforme a las disposiciones contenidas en la Ley 1581 de 2012 y las normas que la modifiquen, adicionen o complementen. Conozca la Política de Privacidad y Tratamiento de Datos Personales a través de http://www.reincorporacion.gov.co/es/atencion/Paginas/Aviso-de-privacidad.aspx

A continuación, relacionar los beneficiarios del plan de medicina prepagada y/o póliza de seguro de salud como figuran en el certificado correspondiente, que se debe anexar a este documento:

| TIPO DE PAGO (medicina prepagada o póliza de seguro) | NOMBRE | IDENTIFICACION | EDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Para validar los beneficiarios, anexar los documentos según el parentesco; así:

**a)** Cónyuge: Partida de matrimonio o extra juicio ante notaria donde certifique la unión marital de hecho.
**b)** Hijos menores de 18 años de edad: Registro civil de nacimiento.
**c)** Dependientes:

- Hijos que tengan entre 18 y 23 años de edad que dependan económicamente y que se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente: Registro civil de nacimiento, cédula de ciudadanía o contraseña según corresponda y certificado de estudios expedido por la institución educativa con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días calendario.
- Hijos mayores de 18 años de edad que se encuentren con dependencia originada en factores físicos o psicológicos: Registro civil de nacimiento y certificado de medicina legal donde conste la discapacidad.
- Cónyuge o compañero permanente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT: Partida de matrimonio o extra juicio ante notaria donde certifique la unión marital de hecho; copia del documento de identificación; certificación suscrita por contador público no mayor a treinta (30) días calendario donde indique la dependencia de los ingresos; copia de la tarjeta profesional del contador público. En caso de dependencia física o psicológica se debe anexar certificado de medicina legal.
- Padres y hermanos que dependan económicamente, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT: Registro civil de nacimiento del contratista y de los hermanos, copia del documento de identificación; certificación suscrita por contador público no mayor a treinta (30) días calendario donde indique la dependencia de los

El registro de datos personales autoriza a la entidad para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos conforme a las disposiciones contenidas en la Ley 1581 de 2012 y las normas que la modifiquen, adicionen o complementen. Conozca la Política de Privacidad y Tratamiento de Datos Personales a través de http://www.reincorporacion.gov.co/es/atencion/Paginas/Aviso-de-privacidad.aspx

ingresos; copia de la tarjeta profesional del contador público. En caso de dependencia física o psicológica se debe anexar certificado de medicina legal.

2. Tengo derecho a la deducción mensual por el concepto de dependiente. SI__X__, NO____. Para tal efecto certifico que tengo a mi cargo a la siguiente persona:

| NOMBRE | IDENTIFICACION | EDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|---|
| EMILIANO MELENDEZ LESMEZ | R.C 1239088533 | 5 | HIJO |
| | | | |
| | | | |

**Nota 4.** Se consideran dependientes las siguientes personas y para soportar esta condición se deben aportar los siguientes documentos:

**a)** Hijos menores de 18 años de edad: Registro civil de nacimiento.
**b)** Hijos que tengan entre 18 y 23 años de edad que dependan económicamente y que se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente: Registro civil de nacimiento, cédula de ciudadanía o contraseña según corresponda y certificado de estudios expedido por la institución educativa con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días calendario.
**c)** Hijos mayores de 18 años de edad que se encuentren con dependencia originada en factores físicos o psicológicos: Registro civil de nacimiento y certificado de medicina legal donde conste la discapacidad.
**d)** Cónyuge o compañero permanente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT: Partida de matrimonio o extra juicio ante notaria donde certifique la unión marital de hecho; copia del documento de identificación; certificación suscrita por contador público no mayor a treinta (30) días calendario donde indique la dependencia de los ingresos; copia de la tarjeta profesional del contador público. En caso de dependencia física o psicológica se debe anexar certificado de medicina legal.
**e)** Padres y hermanos que dependan económicamente, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT: Registro civil de nacimiento del contratista y de los hermanos, copia del documento de identificación; certificación suscrita por contador público no mayor a treinta (30) días calendario donde indique la dependencia de los ingresos; copia de la tarjeta profesional del

contador público. En caso de dependencia física o psicológica se debe anexar certificado de medicina legal.

**Nota 5:** La deducción por el concepto de dependiente no podrá ser solicitada por más de un contribuyente en relación con un mismo dependiente.

3. Aplicar mensualmente sobre la base gravable una tarifa del __0___%, adicional a la legalmente establecida por concepto retención en la fuente.

4. Los documentos soportes del pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensión que se presentarán durante la ejecución del contrato de prestación de servicios, corresponderán a los ingresos provenientes de éste.

En constancia de lo anterior, se suscribe el 26/02/2025

Luis Hernando Meléndez Hernández

Firmado digitalmente por Luis Hernando Meléndez Hernández

Luis Hernando Melendez Hernandez

**Nombre del contratista**

**C.C. No. 1.098.607.820**

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**

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

**NUIP** 1239088533

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo Serial** **152649542**

*52649542*

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

| Registraduria | Notaria | Número | Consulado | Corregimiento | Inspección de Policía | Código |
|---|---|---|---|---|---|---|
| X | | | | | | B 7 U |

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA B/MANGA CL MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.

***Datos del inscrito***

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| MELENDEZ * * * * * * * * * * * * * * | LESMES * * * * * * * * * * * * * * |

**Nombre(s)**

EMILIANO * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2 0 1 9 Mes A B R Día 1 0 | MASCULINO | O | POSITIVO |

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * * * * | 15101230-8 * * * * |

***Datos de la madre***

**Apellidos y nombres completos**

LESMES RUEDA LUZ DARY * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC No. 1098616876 * * * * * * * * * * * * * * * * | COLOMBIA * * * * * * * |

***Datos del padre***

**Apellidos y nombres completos**

MELENDEZ HERNANDEZ LUIS HERNANDO * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC No. 1098607820 * * * * * * * * * * * * * * * * | COLOMBIA * * * * * * * |

***Datos del declarante***

**Apellidos y nombres completos**

MELENDEZ HERNANDEZ LUIS HERNANDO * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC No. 1098607820 * * * * * * * * * * * * * * * * * | Luis H Melendez |

***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 9 Mes A B R Día 1 1 | REGISTRADOR ESPECIAL DEL ESTADO<br>Nombre y firma |

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



CLINICA M. DE SAN LUIS MINSALUD GOBIERNO DE COLOMBIA

NIT. 890.208.758-8

# CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
## ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

**CONFIDENCIAL**
Los datos que el DANE solicita en este formulario son estrictamente confidenciales, están protegidos bajo reserva estadística por la Ley 79 de 1993, Artículo 5.°.

**NÚMERO DEL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO** 15101230 - 8

(Consulte instrucciones al respaldo)

## I. INFORMACIÓN GENERAL

**LUGAR DE NACIMIENTO**
Departamento: Santander — Municipio: Bucaramanga

**ÁREA DEL NACIMIENTO**
(x) Cabecera municipal ( ) Centro poblado: _____ (Inspección, corregimiento o caserío) ( ) Rural disperso

| FECHA DEL NACIMIENTO | HORA DEL NACIMIENTO | SEXO DEL NACIDO VIVO | HEMOCLASIFICACIÓN DEL NACIDO VIVO |
|---|---|---|---|
| 21 / 01 / 10 (Año / Mes / Día) | 14 (Hora) 50 (Minutos) | (x) Masculino ( ) Femenino ( ) Indeterminado | Grupo sanguíneo _____ Factor Rh _____ |
| | ( ) Sin establecer | | |

**APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)**
Primer apellido: Serrano — Segundo apellido: Cuadros — Primer nombre: Yuly — Segundo nombre: Dayi

**TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE**
( ) Registro civil ( ) Tarjeta de identidad (x) Cédula de ciudadanía ( ) Sin información
( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Otro: ¿Cuál? _____

**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)** 1.098.616.876

**DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS FÍSICOS, EL NACIDO VIVO ES RECONOCIDO POR SUS PADRES COMO:**
( ) 1. Indígena — ¿A cuál pueblo indígena pertenece? _____
( ) 2. Rom (gitano)
( ) 3. Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia
( ) 4. Palenquero de San Basilio
( ) 5. Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
( ) 6. Ninguno de los anteriores

## DATOS DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO

**APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)**
Primer apellido: Romero — Segundo apellido: Montes — Primer nombre: Jose — Segundo nombre: Rafael

| TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) | PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO | REGISTRO PROFESIONAL |
|---|---|---|---|
| (x) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte | 73 429 732 | (x) Médico ( ) Enfermero(a) ( ) Auxiliar de enfermería ( ) Promotor(a) de salud | 16720 |

**LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO**
Departamento: Santander
Municipio: Bucaramanga
21 / 01 / 10 (Año / Mes / Día)

**FIRMA DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO**
Dr. José R. Romero Montes
Ginecología y Obstetricia
R.M. 16720 - C.C. 73429732
Universidad de Cartagena

Impreso en el CIT Área de Comunicación del DANE. Forma DANE D-630. 2017