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	**17 Setiembre de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**85043-737792**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CLEMENCIA ELVIRA LEON MARTINEZ	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	52.032.872	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	celeon278@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	000770108868
IP/Nº de contacto:	4772832	**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	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7432043/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**21325**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

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	**01/09/2025**	**Al**	**30/09/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 4.906.145
Número de pago	**8**			**Valor Total del Contrato:**	$ 35.722.869
Valor Bruto Pago:			**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 306.634

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

		Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1074617916**
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%	$ 29.505.907	$ 901.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 6.027.000		
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

Guías, talleres, actividades en plataforma virtual, estrategias didácticas activas; informes de Gestión de contenidos. Toma de asiste

Impartir la formación, evaluaciones, seguimiento a proyectos

Cargue de actividades a la plataforma Sofia pLus.

Correos electrónicos. Registros individuales de aprendices.

Registros individuales de aprendices.

Registro en listados de asistencia. Registros individuales de aprendices en plataforma Sofía Plus. Formatos de deserción.

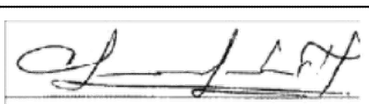
Compartir correos entre la comunidad académica como apoyo a la labor de divulgación de los programas.

Orientar y apoyar la inducción. Realizar evaluación del proceso.

Compartir correos entre la comunidad académica como apoyo a la labor de divulgación de los programas.

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



CLEMENCIA ELVIRA LEON MARTINEZ
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,



DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
INSTRUCTOR G20

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

17/09/25 18:21:55 USUARIO: SIC - C.C. 52032872

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-08-27, 09:35:38 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1074617916

Periodo Cotización: agosto de 2025 **Periodo Servicio:** agosto de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823121217

PAGADO 27/08/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CLEMENCIA ELVIRA LEON MARTINEZ		
Documento	CC52032872	**Dirección**	CL 1 SUR # 72 - 60
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3187519136
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52032872	CLEMENCIA ELVIRA LEON MARTINEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 1.839.804	$ 294.400	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.839.804	$ 230.000	0,522	$ 1.839.804	$ 9.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 534.100

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.839.804	$ 1.839.804	$ 1.839.804	$ 0	$ 294.400	$ 230.000	$ 9.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 534.100	$ 0	$ 534.100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

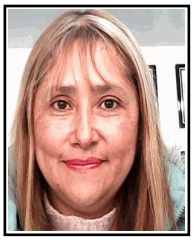
Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

IPS VIP SALUD OCUPACIONAL

VIP SALUD OCUPACIONAL S.A.S.

NIT. 901434471-7

Carrera 28 A # 51-70 Galerias Bogotá (Bogotá D.C., Colombia)
Cels. 3134010901 - 3144591043 - E-mail. vipsaludocupacional@gmail.com
Actividad económica 8621 Tarifa 9.66/1000



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 5.524

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
27 DÍA	01 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES	**PARTICULARES**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

LEON MARTINEZ CLEMENCIA ELVIRA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	51 AÑOS 10 MESES 7 DÍAS	CC	52032872
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTORA SENA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO PARA EL CARGO CON PATOLOGÍA APARENTE QUE NO LIMITA LAS FUNCIONES ASIGNADAS

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	ANEXO CARDIOVASCULAR
APTO	ANEXO OSTEOMUSCULAR

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	GLICEMIA	✓
ANEXO OSTEOMUSCULAR	✓	PERFIL LIPIDICO (COLESTEROL TOTAL- TRIGLICERIDOS)	✓
OPTOMETRÍA	✓	ANEXO CARDIOVASCULAR	✓
CUADRO HEMATICO III	✓	PRUEBAS PSICOMETRICAS	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Dra. Yuly Guarin Holguin
Médico Cirujano General
Esp. SST Res. 13172 2019NC

Firma:

Nombre: GUARIN HOLGUIN YULI MARCELA

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: LEON MARTINEZ CLEMENCIA ELVIRA

R. M.:	53164665	L.S.O.:	15078	Código de Seguridad	CC:	52032872
				F860L1R5524		

PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de bridar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 23 de febrero de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

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.	**1000366382**	**GUILLERMO SÁNCHEZ LEÓN**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro 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

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,



_____

FIRMA
Nombre: CLEMENCIA ELVIRA LEÓN MARTÍNEZ
C.C. 52032872 de Bogotá

ESTUDIANTE

Universidad Nacional Abierta y a Distancia
NIT 860.512.780-4

Recibo de Pago No 9664683 **Solicitud No** 980620135922147336 **Referencia No** 10003663820027
Fecha de Expedición 2025/01/08 **Periodo** 2025 I PERIODO 16-01 Antiguos
Nombre del Estudiante GUILLERMO SANCHEZ LEON
Código del Estudiante 1000366382 **Doc. Identidad** 1000366382
Programa INGENIERIA INDUSTRIAL(RESOLUCION 1985 DE 2024-02-28)
Cead (BOGOTA CRA.30)JOSE ACEVEDO Y GÓMEZ **Total de Créditos Matricular** 14
Dirección calle 1 sur # 72 -60 **Teléfono No** 3026677216 -

N	CODIGO	CURSO_ACADEMICO	CRED.	MEDIACION
1	40002	ETICA Y CIUDADANIA (PREGRADO	3	CV
2	80017	CATEDRA UNADISTA	3	CV
3	112001	FUNDAMENTOS EN GESTION INTEGR	3	CV
4	200610	HERRAMIENTAS DIGITALES PARA L	3	CV
5	212014	INTRODUCCIÓN A LA INGENIERÍA	2	CV

N	CPTO.	DESCRIPCION	VALOR
1	22	CONVENIOS-4191	224000
2	26	INSCRIPCION PREGRADO	182000
3	31	PAGO POR CREDITOS AD	2258000
4	50	SEGURO ESTUDIANTIL	9000
5	98	DESCUENTO ELECTORAL	225800

Tipo Pago	Pague hasta	Total a Pagar
Ordinario	2025-Ene-15	$ 1999200
Extraordinario	2025-Ene-15	$ 1999200

Forma de Pago		Cod.Banco	Cheque No	Valor
Efectivo	☐			
Cheque	☐	Efectivo		
		Valor Pagado		

Solamente Cheques de Gerencia y/o Cesantías

Imprimir Recibo

Atras

UNIVERSIDAD

Universidad Nacional Abierta y a Distancia
NIT 860.512.780-4

Recibo de Pago No 9664683 **Solicitud No** 980620135922147336 **Referencia No** 10003663820027
Fecha de Expedición 2025/01/08 **Periodo** 2025 I PERIODO 16-01 Antiguos
Nombre del Estudiante GUILLERMO SANCHEZ LEON
Código del Estudiante 1000366382 **Doc. Identidad** 1000366382
Programa INGENIERIA INDUSTRIAL(RESOLUCION 1985 DE 2024-02-28)
Cead (BOGOTA CRA.30)JOSE ACEVEDO Y GÓMEZ **Total de Créditos Matricular** 14
Dirección calle 1 sur # 72 -60 **Teléfono No** 3026677216 -

N	CODIGO	CURSO_ACADEMICO	CRED.	MEDIACION
1	40002	ETICA Y CIUDADANIA (PREGRADO	3	CV
2	80017	CATEDRA UNADISTA	3	CV
3	112001	FUNDAMENTOS EN GESTION INTEGR	3	CV
4	200610	HERRAMIENTAS DIGITALES PARA L	3	CV
5	212014	INTRODUCCIÓN A LA INGENIERÍA	2	CV

N	CPTO.	DESCRIPCION	VALOR
1	22	CONVENIOS-4191	224000
2	26	INSCRIPCION PREGRADO	182000
3	31	PAGO POR CREDITOS AD	2258000
4	50	SEGURO ESTUDIANTIL	9000
5	98	DESCUENTO ELECTORAL	225800

Tipo Pago	Pague hasta	Total a Pagar
Ordinario	2025-Ene-15	$ 1999200
Extraordinario	2025-Ene-15	$ 1999200

Forma de Pago		Cod.Banco	Cheque No	Valor
Efectivo	☐			
Cheque	☐	Efectivo		
		Valor Pagado		

Solamente Cheques de Gerencia y/o Cesantías

Imprimir Recibo

BANCO

Universidad Nacional Abierta y a Distancia
NIT 860.512.780-4

Recibo de Pago No 9664683 **Solicitud No** 980620135922147336 **Referencia No** 10003663820027
Fecha de Expedición 2025/01/08 **Periodo** 2025 I PERIODO 16-01
Nombre del Estudiante GUILLERMO SANCHEZ LEON
Código del Estudiante 1000366382 **Doc. Identidad** 1000366382
Programa INGENIERIA INDUSTRIAL(RESOLUCION 1985 DE 2024-02-28)
Cead (BOGOTA CRA.30)JOSE ACEVEDO Y GÓMEZ **Total de Créditos Matricular** 14
Dirección calle 1 sur # 72 -60 **Teléfono No** 3026677216 -

Timbre de CAJA

Forma de Pago		Cod.Banco	Cheque No	Valor
Efectivo	☐			
Cheque	☐	Efectivo		
		Valor Pagado		

Solamente Cheques de Gerencia y/o Cesantías

Agrario 3059-0000022-8 |__|
Davivienda 007-13016-4 |__|

ITAU 005-46049-8|__|
Bogotá 019-14438-5 |__|
Popular 130-26879-0 |__|

Tipo Pago	Pague hasta	Total a Pagar
Ordinario	2025-Ene-15	$ 1999200
Extraordinario	2025-Ene-15	$ 1999200

(415)7707270291345(8020)10003663820027(3900)1999200(96)20250115

☐ **Ordinario** **2025-Ene-15** **$ 1999200**

(415)7707270291345(8020)10003663820027(3900)1999200(96)20250115

☐ **Extraordinario** **2025-Ene-15** **$ 1999200**

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP A4E-0250588

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 33150575

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 29 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 9122

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

COLOMBIA, CUNDINAMARCA, BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SANCHEZ	LEON

Nombre(s): GUILLERMO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2001 Mes MAR Día 14	MASCULINO	O	+

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
DECLARACION EXTRAJUICIO	

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: LEON MARTINEZ CLEMENCIA ELVIRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.# 52.032.872 BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: SANCHEZ ISAZA GUILLERMO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.# 79.300.190 BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: SANCHEZ ISAZA GUILLERMO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC# 79.300.190 BOGOTA TEL: 2650515	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: SANCHEZ ISAZA GUILLERMO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC# 79.300.190 BOGOTA	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: LEON MARTINEZ CLEMENCIA ELVIRA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.# 52.032.872 BOGOTA	

Fecha de inscripción

Año 2001 Mes AGO Día 18

Nombre y firma del funcionario que autoriza: PATRICIA TELLEZ LOMBANA

Nombre y firma

Apellido(s) y nombre(s) del reconocido paterno

GUILLERMO SANCHEZ ISAZA

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: PATRICIA TELLEZ LOMBANA

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ESPACIO EXCLUSIVAMENTE PARA LA OFICINA DE REGISTRO