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	**Octubre de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**21920-747322**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	SANDRA CORAL NARVAEZ	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	39.752.676	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	scoral@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24083294217
IP/Nº de contacto:		**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:	8416834/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**176425**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	3

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	**09/10/2025**	**Al**	**31/10/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 10.578.876
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 10.578.876
Valor Bruto Pago:			**$ 3.372.975,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 7.205.901

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.372.975	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	**$ 3.372.975**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.966.377**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Octubre	Setiembre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**0**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.966.377,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.423.500	$ 0	Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.967.175,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.000	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 227.800	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL		$ 7.500	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Reteica - 8299 - BOGOTÁ	28.663,00	0,966%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		-	0,00	0%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ 337.298		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 796.784	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 9.835.302	$ 656.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$3.344.312,00**	

SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS DOCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1-Registrar asistencias de los grupos programados en el trimestre 3171874, 3171881, 3171712 y 3171717 de TGA

2-Construcción de material de apoyo, talleres y actividades para las formaciones de las competencias programadas.

3-Creación de carpetas de los grupos 3153632, 3153631, 3153629 y 3174287 de TGA

4-Realización de Actas de socialización de las competencias.

5-Evaluación de Juicios de los Grupos 3171874, 3171881, 3171712 y 3171717 de TGA

6-Realización de llamados de atención a aprendices que presentan novedades académicas y/o disciplinarias

7-Asignar actividades en la Plataforma Classroom para evaluar el proceso desarrollado por los aprendices

8-Cargue de entregables en el Drive de la Coordinación académica.

9-Construir los planes de trabajo para la evaluación de actividades de los aprendices de los grupos y competencias.

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

SANDRA CORAL NARVAEZ
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,

Firmado digitalmente por DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
Fecha: 2025.10.16 17:24:44 -05'00'

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

IPS Sigmedical
NIT: 900.923.659-9

Sede Funza Calle 14 #10-64, Barrio Centro
Telefonos: Mosquera :8295414 Madrid:8287009 Funza:8218385
Codigo de Prestador :252860264203

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 20/Ene/2023, **Hora:** 02:04:31 p.m.
Apellido: Coral Narvaez **Nombre:** Sandra
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 39752676
Empresa: Particular
Cargo: Instructora
Direccion: Carrera 6 # 23 /70
Telefono: **Celular:** 3112371278 **Email:** **Estado Civil:** Separado
Ciudad: Bogota D.c. - Fontibón

HC: # 13005
Edad: 53 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 21/Mar/1969
Rh: O+

.

Examenes Realizados

- [ ] Audiometria Clinica
- [x] Audiometria Tamiz
- [ ] Bateria De Riesgo Psicosocial
- [ ] Coprologico
- [ ] Espirometria
- [ ] Glicemia
- [x] Optometria
- [ ] Perfil Lipidico
- [ ] Vestibular
- [ ] Visiometria

Otros: Examen Medico Ocupacional Con Enfasis Osteomuscular, Valoracion Psicologica

Recomendaciones Especificas

S.V.E.	Estilo de Vida Saludable
* Sve Visual	* 1- Actividad Fisica Regular, Alimentacion Balanceada, Estilo De Vida Saludable

Medicas	Laborales
* Control Por Optometria	* 2- Uso De Elementos De Protección Personal Según Factores De Riesgo. * 1- Capacitación En Su Cargo Según Factores De Riesgo * 3- Realizar Pausas Activas Durante La Jornada Laboral Según El Programa De Seguridad Y Salud En El Trabajo De La Empresa.

Resumen Resultados

Examen	Resultado
Audiometria Tamiz	Sensibilidad Auditiva Periférica Bilateral Dentro De Parámetros Normales. Se Recomienda Control Auditivo Anual. Utilizar Protectores Auditivos Durante La Jornada Laboral Mientras Este Expuesto A Ruido. Tener Reposo Auditivo Extra-laboral. Se Brindan Pautas De Higiene Y Conservación Auditiva.
Optometria	- Se Explica Resultado Y Recomendaciones A La Usuaria Refiere Comprender Información. Paciente Con Alteración Visual Solo De Cerca, Adecuadamente Corregido 1 Requiere Uso De Corrección óptica Distancia Indicada No Permanente. 2 Debe Utilizar Elementos De Protección Personal Visual, Cuando Sea Requerido. 3 Se Brindan Pautas De Higiene Y Se Sugiere Realizar Pausas Visuales (seguimiento, Parpadeo Y Enfoque), Controles Periódicos.

Concepto

Sin Restricción Para El Cargo

Observaciones

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Dr. Luis A. Rangel R.
Médico Ocupacional
RM 892418
RES 5365 del 15-09-22

Luis Rangel
Medico Ocupacional

Sandra Coral Narvaez
CC 39752676

IPS Sigmedical
NIT: 900.923.659-9

Sede Mosquera : Carrera 1 #4-03, Barrio Cartagenita
Sede Madrid : Carrera 9 # 4-97, Barrio San Luis
Sede Funza Calle 14 #10-64, Barrio Centro
Telefonos: Mosquera :8295414 Madrid:8287009 Funza:8218385
Codigo de Prestador :252860264203

Audiometria Tamiz



Fecha: 20/Ene/2023, **Hora:** 02:04:31 p.m.
HC: # 13005
Apellido: Coral Narvaez **Nombre:** Sandra
Edad: 53 años
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 39752676
Sexo: Femenino ♀
Direccion: Carrera 6 # 23 /70
Telefono: **Celular:** 3112371278 **Email:** **Estado Civil:** Separado
Ciudad: Bogota D.c. - Fontibón

.

Antecedentes

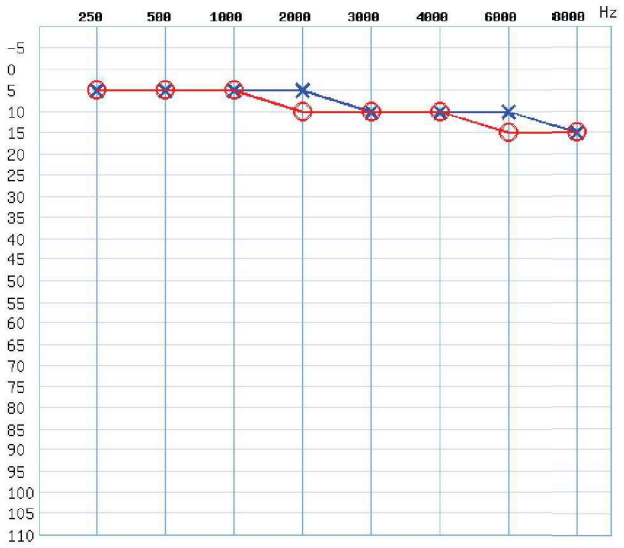
Personales	Si/No	OI/OD	Personales	Si/No	Tiempo	Uso EPP
Cirugia	No	Ninguno	Practica de tiro	No		No
Otalgia	No	Ninguno	Presto el servicio militar	No		No
Otorrea	No	Ninguno	Musica a alto volumen	No		No
Prurito	No	Ninguno	Audífonos / Diademas	No		No
Acufeno	No	Ninguno	Uso de motocicleta	No		No
Vertigo	No	Ninguno	Actividades Acuaticas	No		No
Consumo medicinas Ototoxicas	No	Ninguno	Frecuencia sitios ruidosos	No		No
Consumo del cigarrillo	No	Ninguno				
Trabajo con Exposicion	No	Ninguno				

Antecedentes Laborales

Empresa	Puesto de Trabajo	Duracion en la Empresa	Exposicion a Ruido	Jornada Laboral	Medidas de Control

OTOSCOPIA

Oido Derecho Normal **Oido Izquierdo** Normal



PTA Oido Izquierdo 6.25 7.5 **PTA Oido Derecho**

	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Oido Izquierdo:	5	5	5	5	10	10	10	15
Oido Derecho:	5	5	5	10	10	10	15	15

IPS Sigmedical
NIT: 900.923.659-9

Sede Mosquera : Carrera 1 #4-03, Barrio Cartagenita
Sede Madrid : Carrera 9 # 4-97, Barrio San Luis
Sede Funza Calle 14 #10-64, Barrio Centro
Telefonos: Mosquera :8295414 Madrid:8287009 Funza:8218385
Codigo de Prestador :252860264203

Diagnostico Audiologico:

Sensibilidad Auditiva Periférica Bilateral Dentro De Parámetros Normales.

Recomendaciones:

Se Recomienda Control Auditivo Anual. Rotación De Auricular De Teléfono Para Su Labor. Tener Reposo Auditivo Extra-laboral. Se Atiende Paciente Con Todos Los Epp Según Protocolo De Seguridad.

Usuario Administrativo Audiometriausuario Administrativo Audiometria Usuario Administrativo Audiometria

Sandra Coral Narvaez
CC 39752676

IPS Sigmedical
NIT: 900.923.659-9

Sede Mosquera : Carrera 1 #4-03, Barrio Cartagenita
Sede Madrid : Carrera 9 # 4-97, Barrio San Luis
Sede Funza Calle 14 #10-64, Barrio Centro
Telefonos: Mosquera :8295414 Madrid:8287009 Funza:8218385
Codigo de Prestador :252860264203

Optometria



Fecha: 20/Ene/2023, **Hora:** 02:04:31 p.m.
Apellido: Coral Narvaez **Nombre:** Sandra **HC:** # 13005
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 39752676 **Edad:** 53 años
Direccion: Carrera 6 # 23 /70 **Sexo:** Femenino ♀
Telefono: **Celular:** 3112371278 **Email:** **Estado Civil:** Separado
Ciudad: Bogota D.c. - Fontibón

Antiguedad en la Empresa Ingreso Antiguedad en el Cargo

Antecedentes					
Personales		**Familiares**		**Laborales**	
Hipertension Arterial	No	Hipertension Arterial	No		No
Diabetes	No	Diabetes	No		No
Hipercolesterolemia	No	Glaucoma	No		No
Glaucoma	No	Cataratas	No		No
Migraña	No	Miopía	No		No
Cataratas	No	Astigmatismo	No		No
Cirugías Oculares	No	Hipermetropía	No		No
Traumas Oculares	No	Cancer	No		No
Cuerpos Extraños	No				
Hipermetropía	No				
Astigmatismo	No				
Miopía	No				
Presbicia	No				
Otro? cual:					

Correccion	
Usa Lentes	Si
Cerca	Si
De Contacto	No
Lejos	No
Bifocales / Progresivos	No
Presenta corrección óptica durante el examen	Si

Evaluacion				
Agudeza Visual	**Visión próxima Sin corrección**	**Visión lejana Sin corrección**	**RX en Uso**	**A.V Con Correccion**
O.D.	1.00m	20/20 PH:	+175	

IPS Sigmedical
Sistemas Integrados de Gestión en Medicina Laboral S.A.S
NIT: 900.923.659 - 9

INFORME DE VALORACION PSICOSOCIAL

Tipo Doc: CC - Cedula de Ciudadania **Nro Identidad:** 39752676 **Sexo:** Femenino

Apellido: Coral Narvaez **Nombre:** Sandra **Edad:** 53 años
Empresa: Particular **Fecha:** 20/Ene/2023 02:04:31 p.m.
Cargo: Instructora **Recepcion:** # 13005

I- PRUEBAS PSICOLOGICAS

ITEM	DESCRIPCION		RESULTADO
INTELIGENCIA.	Capacidad intelectual básica.	Promedio	**APROBADO**
MEMORIA.	Memoria a corto plazo.	Conservada	**APROBADO**
SUEÑO.	Ciclo del sueño	Normal	**APROBADO**
PERSONALIDAD.	Trastornos de personalidad.	No se evidencia alteración.	**APROBADO**

II- RESULTADO GENETRAL

SIN RESTRICCION (X)	APLAZADO ( )	CON RESTRICCION ( )

OBS: Paciente en el momento de la evaluación cumple con los parámetros de personalidad sueño memoria y personalidad. Se muestra ubicada en las tres esferas se muestra atenta y con disposición para valoración psicológica. Niega antecedentes personales y familiares de trastornos psicológicos.

R/ No se evidencia alteración psicológica que afecte su labor bajo presión en ámbitos sociales.

Dr. Edwin Mauricio Cuellos G
ESPECIALISTA
R.P 012636 C.C 79.951.733

_____

PROFESIONAL EN PSICOLOGIA

IPS Sigmedical
NIT: 900.923.659-9

Sede Mosquera : Carrera 1 #4-03, Barrio Cartagenita
Sede Madrid : Carrera 9 # 4-97, Barrio San Luis
Sede Funza Calle 14 #10-64, Barrio Centro
Telefonos: Mosquera :8295414 Madrid:8287009 Funza:8218385
Codigo de Prestador :252860264203

O.I.	1.00m	20/20 PH:	+175
A.O.	0.75m	20/20	

Oftalmoscopia

Medios Refringentes Trasparentes

Queratometría

OD: No Se Realiza

OI: No Se Realiza

Balance Muscular	O.D. Normal	O.I. Normal	

Refraccion	**AV**	**Rx Final**	**AV**
O.D. -050		O.D.	
O.I. -050		O.I.	
ADD +225		ADD	

Vision Cromatica	Normal , Ishihara	Estereopsis	Normal , 40" Arco " />

Examen Externo

Percepcion del Color		**Convergencia**	
Percepcion Anormal	No	Lejos	No
		Cerca	No

OD	**OI**
Segmento Anterior Sano	Segmento Anterior Sano

Examen Motor

Normal

Hirschberg: Centrado

Conducta y Recomendaciones	Paciente Con Alteración Visual Solo De Cerca, Adecuadamente Corregido 1 Requiere Uso De Corrección óptica Distancia Indicada No Permanente. 2 Debe Utilizar Elementos De Protección Personal Visual, Cuando Sea Requerido. 3 Se Brindan Pautas De Higiene Y Se Sugiere Realizar Pausas Visuales (seguimiento, Parpadeo Y Enfoque), Controles Periódicos.
Diagnostico	Prebicia

Julieth Stefania Lopez Plazas
Optometra

Sandra Coral Narvaez
CC 39752676

H.S.E.Q. Unidad Medica Labor Vital
Su Salud en Buenas manos

Certificado de Aptitud Laboral
Laboratorio Clinico

Código: HSEQ-FG-07
Rev. Fecha: 2021.01
Versión No. 2



Fecha: 28/Ene/2023, **Hora:** 09:00:18 a.m.
Apellido: Coral Narvaez **Nombre:** Sandra
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 39752676
Empresa: Particular
Cargo: No Aplica
Direccion: Cra 96 G Nro 16 I 32
Telefono: **Celular:** 3112371278 **Email:** **Estado Civil:** Separado (a)
Ciudad: Bogota D.c
Peso: Kg **Estatura:** M **IMC:** **Escolaridad:** Bachiller **Jornada Laboral:** Diurna
EPS: Compensar **ARL:** .:: Sin Definir ::. **AFP:** .:: Sin Definir ::.

HC: # 47433
Edad: 53 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 21/Mar/1969
Rh: O+

.

Examenes Realizados

☐ Audiometria Clinica	☐ Audiometria Tamiz	☐ Coprologico
☐ Espirometria	☑ Glicemia	☐ Optometria
☑ Perfil Lipidico	☐ Vestibular	☐ Visiometria

Otros: Cuadro Hematico Tipo 5

Recomendaciones Especificas

Resumen Resultados

Examen	Resultado
Laboratorios	Dentro De Los Limites Normales

Concepto

Observaciones

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social (hoy ministerio de trabajo), el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Norma C Ramirez P.
Dra. Norma C. Ramirez P
U.C.M.C Reg. 251499/02
Esp. Adm. en Salud P.U.J

Norma Ramirez Paez
Laboratorio
Registro #: 1251499

Sandra Coral Narvaez
CC 39752676

Huella
Digital

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 10 de Febrero del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

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	**1014868939**	**SEBASTIAN DAVID CALDERÓN CORAL**	**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,

SANDRA CORAL NARVAEZ
C.C. 39752676

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1014868939

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43560034

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [52] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A 3 H

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CALDERON	CORAL

Nombre(s)

SEBASTIAN DAVID

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes ABR Día 16	MASCULINO	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	51907515 - 3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CORAL NARVAEZ SANDRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No 39752676	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: CALDERON LONDOÑO CARLOS JOSE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No.79.521.162	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CALDERON LONDOÑO CARLOS JOSE

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.No.79.521.162	

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 2009 Mes ABR Día 18	JULIO S. GARCIA MONTES Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

NOTARIA 52 DE BOGOTA D.C.
REGISTRO CIVIL

ESPACIO PARA NOTAS

El presente Registro es copia (fotocopia) auténtica tomada del original que reposa en nuestros archivos de Registro Civil de Nacimiento. Válido para acreditar parentesco.

Se expide a solicitud de Carlos Jose Calderon

Bogotá D.C. 23 ABR 2009

NOTARIA 52 DE BOGOTA D.C. JULIO S. GARCIA MONTES NOTARIO ENCARGADO

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR DANARANJO S.A. NIT 860.513.711-5