



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE GOBIERNO

ALCALDÍA LOCAL DE BOSA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO (Persona Natural)

Teniendo en cuenta el informe presentado por el contratista **Virna Lisa Espitia Moreno** sobre las actividades desarrolladas para dar cumplimiento a los términos contratados y los resultados obtenidos, una vez realizada la revisión del informe, se autoriza el pago correspondiente al:

Periodo comprendido entre el (01) primero de noviembre de 2025 y el (30) treinta de noviembre de 2025

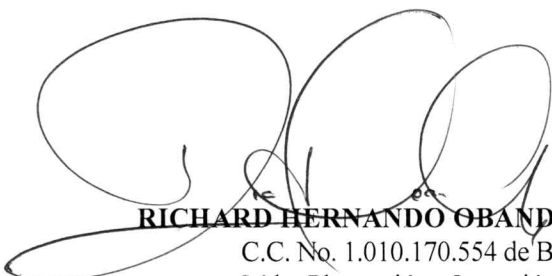
Contrato:	No. 432 de 2025
Tipo de Contrato:	CD CPS-P
Contratista:	Virna Lisa Espitia Moreno
Cédula o NIT	No. 52.107.842
Objeto:	“PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ESTRUCTURACIÓN, FORMULACIÓN, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN DE LA ALCALDÍA LOCAL QUE LE SEAN ASIGNADOS.”
Plazo del contrato:	8 MESES
Fecha iniciación:	<u>24/04/2025</u>
Fecha de terminación:	<u>23/12/2025</u>
Prórroga(s)	<u>N/A</u>
Valor inicial pactado:	\$ 44.800.000
Valor adicional:	<u>\$N/A</u>
Valor a pagar:	\$ 5.600.000 (No. de pago:008)
Numero de PIN:	91759555
Periodo cotizado.	Noviembre de 2025

Se verificó el cumplimiento del pago de los aportes parafiscales relativos a SENA, ICBF, Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, y ARL (Administradora de riesgos laborales) y al Sistema de Seguridad Social Integral) por parte del contratista, de conformidad con el Parágrafo 1 del Art. 23 la Ley 1150 de 2007 y el Artículo 244 de la Ley 1955 de 2019.

En constancia se firma a los **04** días del mes de diciembre del dos mil veinticinco (2025).

Interventor o Supervisor,


FABIÁN ERNESTO RAMÍREZ CRUZ
C.C. No. 1.030.582.541 de Bogotá D.C.
Alcalde Local de Bosa
Supervisor de Contrato


RICHARD HERNANDO OBANDO CORDOBA
C.C. No. 1.010.170.554 de Bogotá D.C.
Líder Planeación e Inversión Local - FDLB
Apoyo a la Supervisión del Contrato

1912

1912

ALCALDÍA LOCAL DE BOSA

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 08 PERÍODO: 01/NOVIEMBRE AL 30/NOVIEMBRE DE 2025	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES
No. CONTRATO Y FECHA	FDLBOSA CD No. 432 de 2025 CPS-P (129114) 22/04/2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA	VIRNA LISA ESPITIA MORENO
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	52.107.842 de Bogotá
PLAZO DE EJECUCIÓN	Ocho (8) meses
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	44,800,000.00 Cuarenta y Cuatro Millones Ochocientos Mil Pesos M/cte
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	\$ 5.600.000 Cinco Millones Seiscientos Mil pesos M/cte.
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	O230117459920242810
FECHA ACTA DE INICIO	24/ 04 / 2025
PRÓRROGA ¹	N/A
ADICIÓN	N/A
SUSPENSIÓN	N/A
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	23/12/2025
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ESTRUCTURACIÓN, FORMULACIÓN, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN DE LA ALCALDÍA LOCAL QUE LE SEAN ASIGNADOS.”

¹ Si el contrato presenta más de una suspensión y/o adición y/o prórroga se deben incluir las filas requeridas para el registro de la información



ALCALDÍA LOCAL DE BOSA

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1. Realizar la formulación técnica de los proyectos de inversión que le sean asignados en las modalidades de contratación que se requieran	Actividad no requerida durante este periodo.	N/A	N/A
2. Acompañar los procesos de participación con los diferentes grupos poblacionales que interactúan con la Administración Local que le sean designados.	Actividad no requerida durante este periodo.	N/A	N/A
3. Contribuir en las rendiciones de cuentas solicitadas por los entes de control y demás eventos requeridos desde el despacho.	Actividad no requerida durante este periodo.	N/A	N/A
4. Asistir a las reuniones de capacitación y trabajo que se desarrollen con relación con el objeto del contrato y representar a la alcaldía en los eventos que se le deleguen.	<p>4.1 El día 10 Nov/2025, se asistió a reunión presencial de “Seguimiento y unificación de información metas FDLB vigencia 2024” en la oficina del profesional Oliverio Huertas y Hernán Garzón de la ALB.</p> <p>4.2 El día 12 Nov/2025, se asistió por Meet en la alcaldía local de Bosa a reunión de “Seguimiento metas FDLB vigencia 2024” dirigida por el profesional Richard Obando-Líder de Planeación en acompañamiento del equipo de planeación.</p>	<p>4.1 Evidencia 10 Nov/2025.</p> <p>4.2 Evidencia 12 Nov/2025.</p>	Secop II Carpeta de Evidencia Obligación No. 4 Pago 008



ALCALDÍA LOCAL DE BOSA

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
5. Prestar el servicio de atención a la ciudadanía relacionado con el objeto y naturaleza del contrato de manera oportuna, con calidad y calidez, garantizando suplir la necesidad del servicio.	Actividad no requerida durante este periodo por el supervisor.	N/A	N/A
6. Brindar respuestas a los requerimientos, solicitudes, derechos de petición que le sean asignadas en pro de brindar respuesta a los entes de control, rama judicial, entidades públicas y/o privadas, comunidad en general, dicha información que debe ser veraz y concordar con la realidad jurídica y técnica que reposa en las dependencias de la Alcaldía Local de Bosa, de conformidad con la normatividad existente para la materia y dentro de los plazos, términos y condiciones establecidos por la misma, así como el efectuar el trámite de cierre en los sistemas de información ORFEO y otros establecidos para esto, según el objeto contractual, siguiendo los procedimientos y normatividad vigente.	6.1 Se realizó revisión de la bandeja de entrada y depuración de informados en el aplicativo Orfeo.	6.1 Evidencia aplicativo Orfeo	Secop II Carpeta de Evidencia Obligación No. 6 Pago 008.
7. Desarrollar acciones de apoyo a la supervisión de contratos en caso que sea asignado, realizando el seguimiento, verificación y constatación de las obligaciones contractuales y/o términos de referencia que debe desarrollar el contratista, plazos y condiciones establecidas, realizando la programación y seguimiento al PAC, informes de seguimiento, acciones de liquidación entre las otras que sean	7.1 Actividad no requerida durante este periodo por el supervisor	N/A	N/A

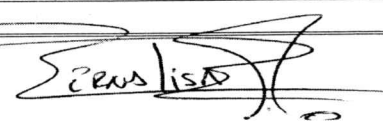
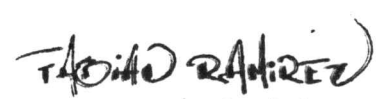
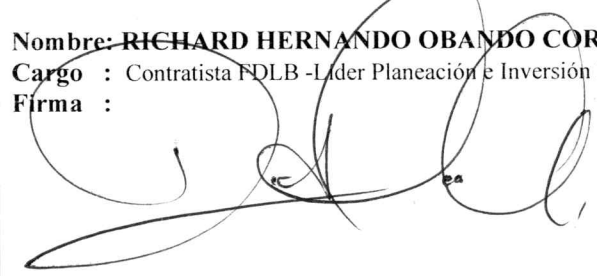


ALCALDÍA LOCAL DE BOSA

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
requeridas, acorde con el manual de supervisión e interventoría de la Secretaría Distrital de Gobierno, los lineamientos y orientaciones brindadas por la Alcaldía Local y la normatividad vigente			
8. Realizar las evaluaciones técnicas y económicas de los procesos que le sean asignados en las diferentes modalidades de contratación.	Actividad no requerida durante este periodo.	N/A	N/A
9. Las demás obligaciones que sean inherentes al objeto contractual, que se encuentren en la normatividad vigente o que sean solicitadas por el supervisor o apoyo a la supervisión del contrato.	9.1 Elaboré la “Matriz Seguimiento PDLB 2021-2024 (PILOTO)” 9.2 Realicé el curso virtual de “Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción”, ofertado por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). En atención al memorando 20255720033403. 9.3 El día 14 de Nov/2025; se realizó el envío por correo, el certificado de función pública, de acuerdo a las directrices de los profesionales especializados Sergio Andres Caro Uscategui y Cristian Yesid Torres Guerrero. 9.4 El día 20 de Nov/2025, se envió por correo al profesional Oliverio Huertas “Matriz seguimiento proyectos inversión directa fdlb 2021- 2024” con el fin de verificar y/o ajustar los datos requeridos.	9.1 Evidencia “MATRIZ GENERAL SEGUIMIENTO_2024”. 9.2 Evidencia certificado función pública 9.3 Evidencia 14 Nov 2025. 9.4 Evidencia 20 de Nov/ 2025	Secop II Carpeta de Evidencia Obligación No. 9 Pago 008



ALCALDÍA LOCAL DE BOSA

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
INFORMACIÓN ADICIONAL			
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD SANITAS	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE ARL POSITIVA	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PENSIÓN COLPENSIONES
FIRMAS			
<p>DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.</p>	<p>CONTRATISTA</p> <p>Firma: </p> <p>Nombre: VIRNA LISA ESPITIA MORENO</p> <p>Cédula: 52.107.842 de Bogotá</p>		
	<p>SUPERVISOR/INTERVENTOR</p> <p>Nombre: FABIAN ERNESTO RAMÍREZ CRUZ</p> <p>Cargo : Alcalde Local de Bosa</p> <p>Firma : </p>		
	<p>APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)</p> <p>Nombre: RICHARD HERNANDO OBANDO CORDOBA</p> <p>Cargo : Contratista FDLB -Lider Planeación e Inversión Local – FDLB</p> <p>Firma : </p>		
<p>DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificado los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato.</p>			



ALCALDÍA LOCAL DE BOSA

[Handwritten signature]

Número de Contrato 432-2025

Yo, **VIRNA LISA ESPITIA MORENO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52.107.842 expedida en la ciudad de BOGOTÁ.

INFORMACIÓN PERSONAL	SI	NO
Soy Pensionado		X
Devolución de saldos (No estoy obligado a cotizar pensión)		X
Soy Declarante de Renta año 2024		X
Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de que trata el artículo 383 Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016. Haré uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES.	X	

Solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tenida en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. Toda vez que cumplo con las previsiones del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023.

De acuerdo con lo anterior, CERTIFICO QUE: (Seleccione con X para cada concepto que le aplique y anexe el soporte según corresponda):

DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	SI	NO
¿Soy responsable del Impuesto a las ventas – IVA? (Anexar RUT y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica)		X
¿Hago aportes a cuenta AFC – Ahorro de Fomento a la Construcción-? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)		X
¿A la fecha hago aportes VOLUNTARIOS a pensión? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)		X
¿Aporto certificación de pago de intereses en préstamos de vivienda del año inmediatamente anterior? (Anexar certificación en la primera cuenta)		X



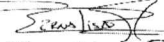
SECRETARÍA DE
GOBIERNO

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	SI	NO
¿Aporto certificación de pagos a medicina prepagada y/o planes adicionales de salud del año inmediatamente anterior o del período objeto de pago? (Anexar certificación en la primera cuenta)		X
¿Certifico que tengo dependientes de acuerdo con los requisitos exigidos en el párrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario y en concordancia con ley 2277 de 2022 y Art 388 del Estatuto Tributario; Decreto 1625 de 2016 artículo 1.2.4.1.6 y artículo 1.2.4.1.18 modificado por el artículo 9 del Decreto 2250 de 2017). base retención (10%) de los ingresos brutos y hasta máximos de 32 UVT? (Anexar formato gco-gci-f137 y sus soportes)	X	

Se expide y firma a los cuatro (4) días del mes de diciembre de 2025.

Firma: 
Nombre: Virna Lisa Espitia Moreno
C.C: 52.107.842 de Bogotá
Dirección de correspondencia: Cra.66 A No. 57 c -65 Sur
Teléfono de contacto: 314-2569077
Correo electrónico institucional: virna.espitia@gobiernobogota.gov.co



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52107842	VIRNA LISA ESPITIA MORENO	Cra 66 A No. 57 c-65 Sur	3142569077	salomelisaespitiamoreno@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	03/12/2025	91759555	\$663.600	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	280.000	0		0		0	0	0	0	280.000	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	
25-14	Colpensiones	900336004-7	358.400	0	0	0	0	0	0	0	358.400	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	11.700				11.700	0	0	11.700			117	11.700	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados		
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	13.500	0	0	13.500	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	280.000	280.000
Pensión	1	358.400	358.400
Riesgos Laborales	1	11.700	11.700
CCF	1	13.500	13.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	663.600	663.600

SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO

SOLICITUD DE DEDUCCIÓN DE LA BASE DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES

Con la presente me permito solicitar la aplicación de la deducción mensual del 10% del total de mis ingresos brutos provenientes del CONTRATO de Prestación de Servicios N° 432 de 22/04/2025 que suscribí con la ALCALDÍA LOCAL DE BOSA teniendo en cuenta que bajo la gravedad de juramento, CERTIFICO que la(s) persona(s) que relaciono a continuación dependen de mí económicamente, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción mencionada hasta un máximo de 32 UVT mensuales, en concordancia con lo normado por el (Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3).

FECHA DE SOLICITUD DÍA MES AÑO

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA VIRNA LISA ESPITIA MORENO	CEDULA N° 52107842	UBICACION LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO) Carrera 80 I No. 61 - 05 sur	TELEFONO 601) 7750434
------------------------------------------------------------------	-----------------------	----------------------------------------------------------------------------	--------------------------

RECUERDE: La deducción de la base de retención en la fuente por concepto de dependientes, no podrá ser solicitada por más de un contribuyente en relación con un mismo dependiente y su vigencia será hasta el 31 de diciembre de cada año

Relacione los datos del dependiente que desea declarar

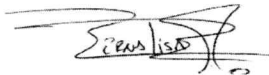
NOBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	INGRESOS DEL DEPENDIENTE
MATEO ALFONSO URREGO ESPITIA	HUJO	17	NINGUNO

Marque con una X la (s) solicitud (es) que desea realizar.

- Los hijos que tengan hasta 18 años y dependan económicamente de usted.
Requisito: Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.
- Los hijos con edad entre 18 y 23 años a los cuales les está financiando su educación superior en instituciones certificadas por el ICFES ó la autoridad oficial correspondiente; ó programas técnico de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.
Requisito: Certificado de constancia de estudios del año en curso emitida por la institución de educación superior ó programas de educación no formal el cual debe contener la siguiente información:
 * Nombre del estudiante
 * Nombre o razón Social y NIT de la entidad beneficiaria
- Los hijos con edad mayor a 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos ó psicológicos
Requisito:
 * Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.
 * Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal
- El cónyuge ó compañero (a) permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia ya sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores el año anterior a 260 UVT ó por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.
Requisito:
 * Copia autentica del Registro Civil de Matrimonio, en caso de no estar inscrito.
 * Para compañero (a) permanente: Escritura pública de unión marital de hecho ó declaración de convivencia ante notario, en caso de no estar inscrito
 * Certificación de Contador Público en la que conste la ausencia de ingresos ó ingresos menores en el año a 10 salarios mínimos mensuales vigentes
 * Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos ó psicológicos
- Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en dependencia ya sea por ausencia de ingresos ó ingresos en el año anterior a 260 UVT por dependencia originada en factores físicos ó psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.
Requisito:
 * Para el caso de los Padres: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador
 * Para el caso de los Hermanos: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador y de sus hermanos donde acrediten el parentesco
 * Certificación de Contador Público y copia de la Tarjeta Profesional en la que conste la ausencia de ingresos ó ingresos menores en el año anterior a 260 UVT
 * Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos ó psicológicos

DECLARACIÓN JURAMENTADA

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA ANTERIOR INFORMACIÓN ES VERDÍCA Y PODRÁ SER COMPROBADA POR LA ENTIDAD CUANDO LO CONSIDERE CONVENIENTE. DECLARO QUE ES CIERTO Y VERDADERO QUE MIS BENEFICIARIOS RELACIONADOS EN ESTE FORMATO DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DE MÍ



FIRMA DEL CONTRATISTA

GUÍA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE DEDUCIBLE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES

Para diligenciar el formato tenga en cuenta los siguientes pasos:

FECHA DE SOLICITUD: Registre la fecha de presentación del formato en la versión día, mes, año en la casilla correspondiente

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Registre los nombres y apellidos de la persona que presenta la solicitud

CÉDULA: Registre el número de cédula de quien presenta la solicitud

UBICACIÓN LABORAL -SITIO DE TRABAJO: Registre el área, dependencia y/o proyecto donde labora

TELÉFONO: Registre el número de teléfono y extensión del área ó dependencia donde labora

NOMBRE: Registre el nombre y apellidos completos del familiar que declara como dependiente suyo.

PARENTESCO: Registre el parentesco del familiar que declara como dependiente suyo

EDAD: Registre la edad del familiar que declara como dependiente suyo

INGRESOS DEL DEPENDIENTE: Registre los ingresos anuales del familiar que declara como dependiente suyo.

REQUISITO: De acuerdo con los documentos requisito en cada caso de se debe anexar por una única vez y solo en caso de actualización o cambio en la información deberá allegarlo nuevamente

FIRMA DEL CONTRATISTA: Registre la firma del contratista que está tramitando la solicitud

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1014668715

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41163312

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaría Numero 28 Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código A 3 E

Fes - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía
COLOMBIA, CUNDINAMARCA, BOGOTA, D, C,

Datos del inscrito

Primer Apellido URREGO Segundo Apellido ESPITIA

Nombre(s) MATEO ALFONSO

Fecha de nacimiento Año 2008 Mes Mar Día 15 Sexo (en letras) Masculino Grupo Sanguíneo O Pos.

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)
COLOMBIA, CUNDINAMARCA, BOGOTA, D, C,

Tipo de documento antecedente o Declaración de castigo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo
50105684-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
ESPITIA MORENO VIRNA LISA

Documento de identificación (Clase y número)
C.C # 52 107 842 de Bogotá, D.C.

Nacionalidad
COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
URREGO RAMIREZ NIMAEAL ALFONSO

Documento de identificación (Clase y número)
C.C # 79 656 433 de Bogotá, D.C.

Nacionalidad
COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
URREGO RAMIREZ NIMAEAL ALFONSO

Documento de identificación (Clase y número)
C.C # 79 656 433 de Bogotá, D.C.

Firma
Alfonso Uircep

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segunda testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción Año 2008 Mes Mar Día 25

Nombre y firma del funcionario que autoriza
DR. ALFONSO MONTOYA MARIN *[Firma]*

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

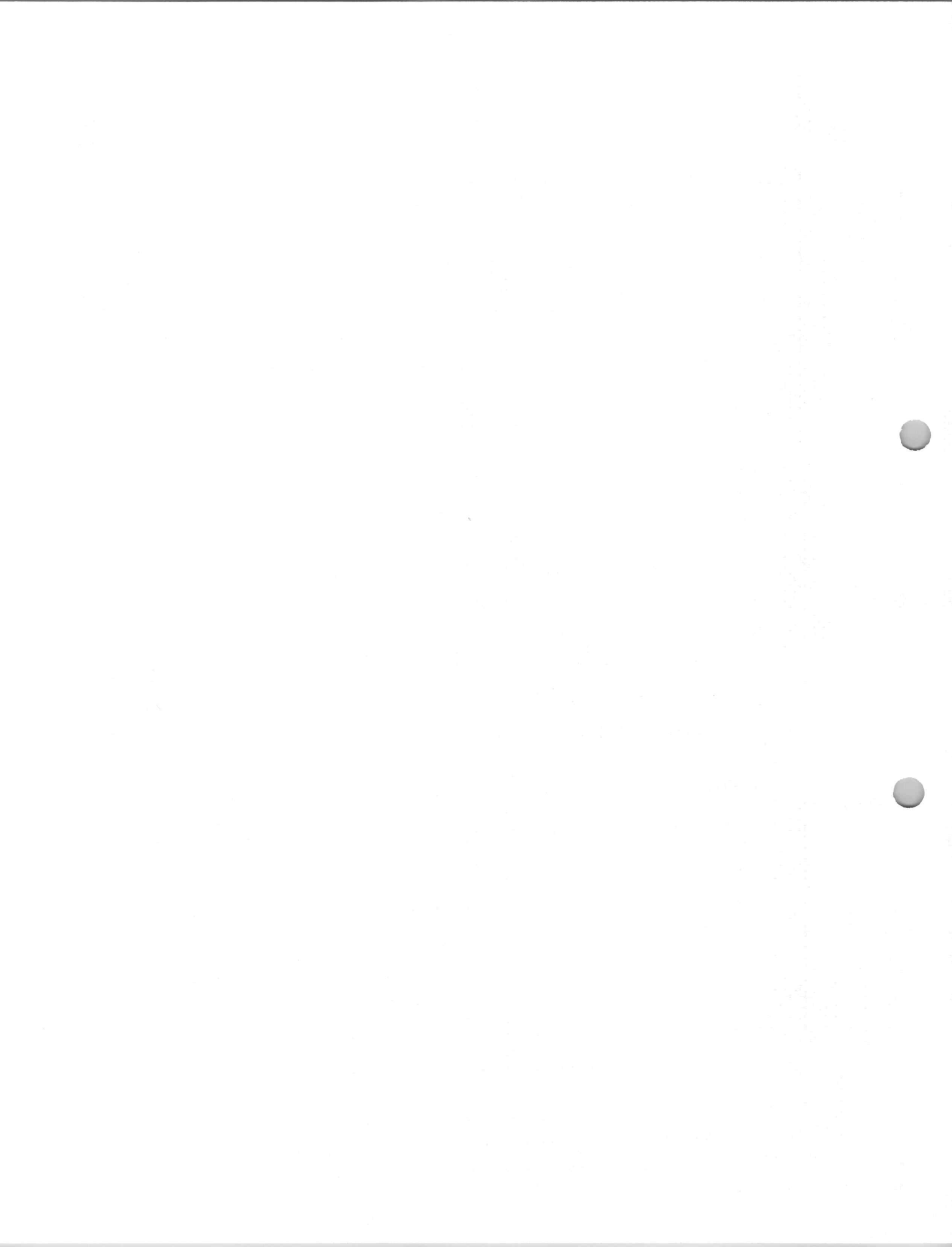
Firma

Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA NOTARIA LA CUAL SE EXPIDE PARA DEMOSTRAR PARENTESCO EN ASUNTO CIVIL Y APETICIÓN DEL INTERESADO (Art. 115 Decreto 1260 de 1970) EXCENTO DE PAPEL SELLADO Y ESTAMPILLAS DE TIMBRE NACIONAL. DADO EN BOGOTA A LOS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



LISTADO DE:	USUARIO:	DEPENDENCIA:
Entrada	VIRNA LISA ESPITIA MORENO	Area de Gestion de Desarrollo Local Bosa
Radicados:	<input type="text"/>	
<input type="button" value="BUSCAR"/>		

- Mis Consultas
- Solicitar Anulación
- RADICACION**
- Mis Oficios
- Mis Memorandos
- CARPETAS**
- Mis Entrada(0)
- Mis Oficios(0)
- Mis Memorandos(0)
- Mis Visto Bueno(0)
- Mis Devueltos(0)
- Mis Agendados (0)
- Mis Informados (0)
- Mis Personales (0)

• Escriba los números de radicado que quiere buscar, separados por comas.

NO SE ENCUENTRAN RADICADOS CON LOS DATOS DE BUSQUEDA DIGITADOS.



