CIUDAD: Bogota D.C.

FECHA: 31/12/2025

CUENTA DE COBRO

(Aplicable para Personas Naturales que pertenecen al Régimen Simplificado Art. 499 Estatuto Tributario)

ADQUIRIENTE DEL SERVICIO Y NIT: ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD- ADRES. **NIT:** 901037916-1

DEBE A:

NOMBRE: MARIA SANTOS ALBARRACIN FUENTES

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 27.674.025

CONTRATO No.: ADRES-CPS-493 de 2025

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión, verificación y control de las cuentas que presenten ante la Entidad las entidades recobrantes, los prestadores de servicios de salud y las personas naturales por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos y/o servicios complementarios, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT o con póliza SOAT a tarifa diferencial por riesgo, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa ID-137-DOP.

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 1/12/2025 **HASTA:** 31/12/2025

LA SUMA DE: Seis millones cuarenta y tres mil ciento treinta pesos mcte. ($ 6.043.130)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Calle 43a sur #12a 55 torre 15 aptos 103

TELÉFONO: 3123613746

FIRMA
C.C 27674025

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	27674025	MARIA SANTOS ALBARRACIN FUENTES	clle 43a sur n 12a 55 apto 103	3123613746	marialbarracin1975@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – 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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	10/12/2025	92277993	$750.100	

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	302.200	0		0		0	0	0	0	302.200	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	386.800	0	0	0	0	0	0		386.800	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	12.700				12.700	0	0	12.700			127	12.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	48.400	0	0	48.400	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	302.200	302.200
Pensión	1	386.800	386.800
Riesgos Laborales	1	12.700	12.700
CCF	1	48.400	48.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	750.100	750.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	27674025	MARIA SANTOS ALBARRACIN FUENTES	clle 43a sur n 12a 55 apto 103	3123613746	marialbarracin1975@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – 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	
2025-12	2025-12	I	10/12/2025	92277993	$750.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	27674025	ALBARRACIN FUENTES MARIA SANTOS	59	0			N																	25-14	2.417.252	386.800	0	0	0	0	EPS008	2.417.252	302.200	14-23	2.417.252	1	12.700	CCF24	2.417.252	48.400	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141161240931

(415)7707212489984(8020) 000014116124093 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 7 6 7 4 0 2 5	4	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	2 7 6 7 4 0 2 5	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Norte de Santander 5 4	Cucutilla 2 2 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ALBARRACIN	FUENTES	MARIA	SANTOS

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 43 A SUR 12 A 55 TO 15 AP 103

42. Correo electrónico: marialbarracin1975@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 2 3 6 1 3 7 4 6	3 2 1 2 0 3 8 9 0 1

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
7 4 9 0	2 0 1 9 0 6 1 7	6 9 2 0	2 0 1 8 0 1 0 1			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20)

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: ALBARRACIN FUENTES MARIA SANTOS

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2025

Bogotá D.C., 31 de diciembre de 2025

Nombres y Apellidos	No. Identificación
MARIA SANTOS ALBARRACIN FUENTES	27674025

Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:
Responsable de IVA: SI ☐ NO ☒
Régimen Simple: SI ☐ NO ☒
Código Actividad Económica 74902, Tarifa ICA 7,66
Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-493-2025
Fecha de Inicio: 24/02/2025 Fecha de Terminación: 31/12/2025
Valor total del Contrato: $ 61.841.365 Prórroga: SI ☒ NO ☐
Valor por concepto de Honorarios 2025: 6.043.130
Durante el año gravable 2024 fue declarante de renta SI ☒ NO ☐

1. Declaro bajo gravedad de juramento que al terminar el año 2025 SI ☐ NO ☒ tomaré costos o deducciones asociadas a rentas de trabajo.

   En caso de responder si a la opción anterior no diligenciar los puntos 2 en adelante.

2. Declaro bajo gravedad de juramento que las personas que a continuación relaciono dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos por el artículo 387 del Estatuto Tributario, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

TIPO DE DOCUMENTO	No. DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	CALIDAD DEPENDIENTE (*)
cc	1016713251	Juan David Posada Albarracín	Hijo

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

a) Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.
b) Hijos con edades entre 18 y 23 años cuya educación está a mi cargo en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación para el trabajo y el desarrollo humano debidamente acreditados por la autoridad competente.

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2025

c) Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia, originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.
d) Cónyuge o compañero permanente que se encuentra en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.
e) Padres y/o hermanos que se encuentran en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificados por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT por concepto de dependientes.

3. Igualmente, con mi firma declaro: que mi cónyuge XXXXXXX identificado (a) con la C.C. No. XXXXXX no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
4. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un crédito hipotecario para adquisición de vivienda, Obligacion_570000940024521 6 __de_Davivienda, según certificación del año gravable 2024; anexa al presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de conformidad con el estatuto tributario vigente y normas reglamentarias, en particular lo establecido en el artículo 387 del estatuto tributario nacional, párrafo 1, hasta 100 uvt mensuales.

5. Declaro que soy titular de la cuenta AFC No. _____del Banco _____, a la cual consigno mensualmente la suma de ($), de la cual anexo la certificación bancaria. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso en mención, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario, y además disposiciones legales vigentes.

6. Declaro que mensualmente consigno a pensiones voluntarias _____ la suma de ($), de la cual anexo certificación del Fondo de Pensiones. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-1 del Estatuto Tributario, y además disposiciones legales vigentes.

Nota: Para los numerales 5 y 6 la sumatoria de los aportes no debe exceder del 30% del ingreso laboral.

_____

7. Declaro que consigné a Medicina prepagada, servicios complementarios de salud, la suma de ($), (anexo certificación del año inmediatamente anterior) que no supera las 16 UVT mensuales

ADRES

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2025

8. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. (Anexar planilla de liquidación según Artículo 56 del Estatuto Tributario).

9. Declaro bajo gravedad de juramento que para desarrollar la actividad por prestación de Honorarios y por compensación por servicios personales, SI ☐ NO ☒ he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a la actividad, por lo cual solicito aplicar la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario.

Atentamente,

Firma:
María Santos Albarracín Fuentes
Cédula de ciudadanía No. 27.674.025 de Cucutilla
Bogotá D.C., 31/12/2025

CERTIFICACIÓN TRIBUTARIA / AÑO GRAVABLE 2024 /

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A. Nit 860.034.313-7
Avenida El Dorado No. 68C-61 Piso 1, Bogotá

Cliente: **MARIA SANTOS ALBARRACIN FUENTES**

Identificación: C.C 27674025

Ciudad donde se consignó la retención en la fuente de renta y GMF: Bogotá

Fecha de solicitud: 2025-03-09

Fecha de expedición: 2025-03-15

PRODUCTOS HIPOTECARIOS

PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	FECHA DE INICIO DEL CREDITO	MONTO INICIAL	SALDO AL 31.DIC 2023	SALDO AL 31.DIC.2024	PAGOS O CANONES DEL PERIODO	VALOR UVR Y/O INTERESES PAGADOS O COSTOS FINANCIEROS	DEDUCCIÓN INDIVIDUAL MÁXIMA AÑO .2024	VALOR GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS*
CRÉDITO HIPOTECARIO	5700009400245216	23/07/2010	$28,000,000.00	$5,230,864.41	$2,191,156.00	$3,692,520.00	$268,060.37	$268,060.37	$0.00
TOTALES	**1**		**$28,000,000.00**	**$5,230,864.41**	**$2,191,156.00**	**$3,692,520.00**	**$268,060.37**	**$268,060.37**	**$0.00**

Las deducciones en prestamos de vivienda y leasing Habitacional no se pueden solicitar como beneficios en forma concurrente Articulo 1.2.1.1.6 del Decreto 1625 de 2016

OTROS PRODUCTOS DE CREDITO

PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	FECHA DE INICIO DEL CREDITO	MONTO INICIAL	SALDO AL 31.DIC.2023	SALDO AL 31.DIC.2024	PAGOS DEL PERIODO	VALOR INTERESES Y/O UVR PAGADOS	VALOR GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS*
CONSUMO	5900475500377399	06/09/2024	$40,312,660.00	$0.00	$38,407,117.00	$3,956,878.00	$1,738,583.30	$161,247.00
TOTALES	**1**		**$40,312,660.00**	**$0.00**	**$38,407,117.00**	**$3,956,878.00**	**$1,738,583.30**	**$161,247.00**

*De acuerdo con el articulo 45 de la Ley 1430 de 2010, solo el 50% de GMF es deducible

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

INFORMACION ADICIONAL

De acuerdo al Artículo 1.6.1.12.12 del Decreto 1625 de 2016, los certificados expedidos en forma continua por computador no Requieren firma Autógrafa
Esta certificación incluye todos los productos vigentes y cancelados poseídos durante el año certificado.
Recuerde: El Decreto 2229 del 22 de diciembre del 2023 establece quienes son declarantes de renta para el año 2023.
En este mismo decreto se establecen los plazos para declarar y pagar el impuesto sobre la renta y complementarios
Estimado cliente. Si ademas usted fue proveedor del Banco, puede realizar la solicitud de los certificados en la direccion **infoprov@davivienda.com**
La tarifa de retencion en la fuente aplicada a las operaciones con tarjetas debito y/o credito corresponde al 1.5% y el 0.001% para el caso de combustibles
Estimado cliente. Si usted figura como segundo titular de algún producto, en la sección de Segundos titulares, encontrará los datos totales del producto; los cuales son de carácter informativo. Esta información se debe tomar según su % de participación.
Direccion del Banco para notificaciones: Cl 28 13 A 15 MN

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A. Nit 860.034.313-7
Avenida El Dorado No. 68C-61 Piso 1, Bogotá

Cliente: **MARIA SANTOS ALBARRACIN FUENTES**

Identificación: C.C 27674025

Ciudad donde se consignó la retención en la fuente de renta y GMF: Bogotá

Fecha de solicitud: 2025-03-09

Fecha de expedición: 2025-03-15

Estimado cliente del Régimen simple. Si usted reportó al Banco su condición tributaria durante el año.
El Banco Davivienda S.A. se permite certificar la totalidad de las Operaciones de consignación realizadas por mecanismos electrónicos.
Cumpliendo con lo establecido en el artículo 1.5.8.3.5 del Decreto 1091 del 03 de agosto del 2020.
Recuerde, para la procedencia del descuento en la determinación del impuesto SIMPLE, los valores tomados deben corresponder a pagos por concepto de venta de bienes y/o servicios.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1016713251

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35708591

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 17 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 4 D

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
POSADA	ALBARRACIN

Nombre(s)

JUAN DAVID

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2004 Mes DIC Día 21	MASCULINO	"A"	Positivo

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO - HOSP. LA VICTORIA	A 5759704

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ALBARRACIN FUENTES MARIA SANTOS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No. 27.674.025 Cucutilla (N.de S.)	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

POSADA MORALES JOSE MARCELIANO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No. 11.090.147 Chima (Córd.)	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

POSADA MORALES JOSE MARCELIANO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.No. 11.090.147 Chima (Córd.)	

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
Año 2005 Mes ENE Día 17	DUBAN F. LOBO S. Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	DUBAN F. LOBO S. Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

1.016.713.251
POSADA ALBARRACIN

JUAN DAVID

JUAN POSADA
FIRMA



Scanned by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO 21-DIC-2004

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

21-DIC-2022 A+ M

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

28-DIC-2018 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

INDICE DERECHO

A-1500150-01063346-M-1016713251-20190220 0064570698A1 1305287638

Scanned by CamScanner