



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 METALMECÁNICO- BTÁ D.C.

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	11
Código Centro	921410
Fecha Elaboración	Diciembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	73566-895862

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ALEIDA MANCIPE MARTIN	Banco a consignar:	BANCO COLPATRIA
Cédula de Ciudadanía	52.811.779	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	amancipem@sena.edu.co	Número de Cuenta:	4542216102
IP/Nº de contacto:	12129	Presta Servicios Excluidos de IVA:	NO
Inducción SST:	SI	Pertenece al régimen simple de tributación:	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta por el año gravable 2024	SI
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?			
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000			
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)			
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?			
Concepto del pago corresponde a:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7436731/2025	Nº Compromiso SIIF	10725	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR PARA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, CONFORME A LAS COMPETENCIAS DE LOS PROGRAMAS CMM				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/12/2025	Al	20/12/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 3.066.341
Número de pago	11			Valor Total del Contrato:	\$ 47.528.281
Valor Bruto Pago:	\$ 3.066.341,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 3.066.341	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.066.341	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 1.739.207	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Diciembre	Noviembre	Base retención en la fuente a título de RENTA		TARIFA
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	9495769320	Base retención en la fuente a título de ICA	1.739.207,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.423.500	\$ 1.839.804	Valor base IVA	2.660.541,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 178.000	\$ 230.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 227.800	\$ 294.400	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
ARL III	\$ 34.700	\$ 44.900	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	25.701,00	0,966%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-		0,00	0%
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	\$ -	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
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	\$ 306.634	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 36.062.775	\$ 580.000	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 8.617.000	-		0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	-	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	\$3.040.640,00	

SON: TRES MILLONES CUARENTA MIL SEISCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar formación profesional a las fichas asignadas de acuerdo con el horario entregado a la coordinación Académica
Registrar los juicios de evaluación en Sofia Plus
Revisión del desarrollo de evidencias de aprendizaje y actividades
Registro de inasistencias y asistencias de las diferentes fichas ejecutadas
Realizar seguimiento de evidencias de aprendizaje de las fichas asignadas.
Asistir a reuniones planteadas por el centro de formación y empresas.
Reportes de informes solicitados por la coordinación

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumpli 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

**ALEIDA MANCIPE MARTIN
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 periodo 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,

**FREDY HERNANDO ARIAS AYALA
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
JULIAN ANDRES COLORADO CALDERON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52811779		MANCIPE MARTIN ALEIDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 61 67A 43	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2254523	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1971372162	9495637804	I	2025/12/18	2025/12/01	SCOTIABANK COLPATRIA	0	\$569,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																			
EMPLEADO										NOVEDADES																									
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vc	
1	CC	52811779	MANCIPE MARTIN ALEIDA	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No																												
Total		Afiliados(1)																																	

Código	Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	Días	Fecha Inicio irt	Fecha Fin irt	vip	SALARIO			PENSION								SALUD										
							Valor	Integ rat	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
							\$ 1.839.804	No		SKANDIA	30	\$ 1.839.804	16%	SIN RIESGO	\$ 294.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 294.400		COMPENSAR	30	\$ 1.839.804	12,5%	\$ 230.000	\$
																					\$ 294.400						\$ 230.000	

		CCF					RIESGOS					PARAFISCALES											
Total	EPS Destino	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Dias	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
0	\$ 230.000		0	\$ 0	0%	\$ 0	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	30	\$ 1.839.804	2,436%	3	\$ 44.900	0	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	No
	\$ 230.000					\$ 0						\$ 44.900				\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52811779		MANCIPE MARTIN ALEIDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 61 67A 43	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2254523	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1971372162	9495637804	I	2025/12/18	2025/12/01	SCOTIABANK COLPATRIA	0	\$569,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$294,400	\$0	\$0	\$294,400	
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	\$294,400	\$0	\$0	\$294,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$44,900	\$0	\$0	\$44,900	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$44,900	\$0	\$0	\$44,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$230,000	\$0	\$0	\$230,000	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$230,000	\$0	\$0	\$230,000	
TOTAL				1	\$569,300	\$0	\$0	\$569,300	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52811779		MANCIPE MARTIN ALEIDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 61 67A 43	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2254523	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco		Valor
2025-12	2025-12	1971498883	9495769320	I	2026/01/21	2025/12/01	SCOTIABANK COLPATRIA		\$469,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																			
EMPLEADO										NOVEDADES																									
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vc	
1	CC	52811779	MANCIPE MARTIN ALEIDA	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No										X	2025/12/01																	
Total		Afiliados(1)																																	

Código	Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	Días	Fecha Inicio irt	Fecha Fin irt	vip	SALARIO			PENSION							SALUD											
							Valor	Integ rat	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
							\$ 1.423.500	No		SKANDIA	30	\$ 1.423.500	16%	SIN RIESGO	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800		COMPENSAR	30	\$ 1.423.500	12,5%	\$ 178.000	\$
																					\$ 227.800						\$ 178.000	

		CCF					RIESGOS					PARAFISCALES												
Total	EPS Destino	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Dias	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF	
0	\$ 178.000	COMPENSAR	30	\$ 1.423.500	2%	\$ 28.500	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	30	\$ 1.423.500	2,436%	3	\$ 34.700	30	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	\$ 0	No
	\$ 178.000					\$ 28.500						\$ 34.700				\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52811779		MANCIPE MARTIN ALEIDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 61 67A 43	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2254523	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	1971498883	9495769320	I	2026/01/21	2025/12/01	SCOTIABANK COLPATRIA	0	\$469,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$28,500	\$0	\$0	\$28,500	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$28,500	\$0	\$0	\$28,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$469,000	\$0	\$0	\$469,000	



Versión: 05

Código:
GTH- F- 074

Proceso Gestión de Talento Humano

Formato Entrega de Bienes e Información de Ejecución Contractual por el Contratista

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: ALEIDA MANCIPE MARTIN					IDENTIFICACIÓN	
CUIDAD	BOGOTÁ D.C	FECHA	11/12/2025	REGIONAL	CENTRO METALMECÁNICO	52.811.779
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:			CR 30 # 17 B-25 SUR Bogotá D.C CMM			
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:		CO1.PCCNTR.7436731 12/02/2025				

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO


LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	<input checked="" type="checkbox"/>	CESIÓN	<input type="checkbox"/>	LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO	<input type="checkbox"/>	TERMINACIÓN UNILATERAL	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	-------------------------------------	--------	--------------------------	------------------------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------

DEPENDENCIA SENA	Marcar con x	RESPONSABLES	
		NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
GESTIÓN DE TIC	X	Jairo Pérez	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	X	Peter Pineda	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL		Fredy Arias	
ALMACÉN E INVENTARIOS	X	Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/inicio.aspx y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo.	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)	X	Jorge Rey	
CONTABILIDAD	X	Vicente Dávalos	
TESORERIA	X	Julio César Castañeda Pérez	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ACADEMICA	X	Fredy Arias	
BIBLIOTECA	X	Fredy Arias	
OTRO			
OTRO			
SUPERVISOR DE CONTRATO	X	Fredy Arias	

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS :

Firma del Contratista

	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA PROCESO DE GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA RELACION DE BIENES A CARGO DEL CUENTADANTE	Versión: 1.01
		Fecha: 15.10.2020

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el Sr(a) MANCIPE MARTIN ALEYDA identificado(a) con CC. 52811779 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 10 de Diciembre de 2025 a las 19:37:00

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 10 de Diciembre 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:

T.I.	1025329726	MARIA PAULA VALLES DUARTE	HIJA
------	------------	---------------------------	------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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: Aleida Mancipe Martin _____

C.C. 52811779 _____



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

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

54338651

NUIP 1025329726

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaria Número 33 Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código 9860

Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido VALLES Segundo Apellido MANCIPE

Nombre(s) MARIA PAULA

Fecha de nacimiento Año 2017 Mes JUN Día 14 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo A Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 14139105-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos MANCIPE MARTIN ALEIDA

Documento de Identificación (Clase y número) C.C. 52.811.779 BOGOTA D C Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos VALLES DUARTE PABLO ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número) C.C, 79065867 LA MESA Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos VALLES DUARTE PABLO ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número) C.C, 79065867 LA MESA

Firma

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 Año 2017 Mes JUL Día 14

Nombre y firma del funcionario que autoriza
DIANA BEATRIZ LOPEZ DURAN

Reconocimiento paterno

Firma

Firma 79065867

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
DIANA BEATRIZ LOPEZ DURAN

ESPACIO PARA NOTAS



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

LABORIO EFE
CIVIL