CIUDAD: Bogotá

FECHA: 10/1/2020

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: Diana Paola Espinoza Herrera

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 1'024.469.475

CONTRATO No.: ADRES-CPS-242-2020 de Bogotá

OBJETO: Prestar apoyo técnico a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, en las actividades relacionadas con verificación de soportes de las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito y de las solicitudes de recobros por tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios de acuerdo con las resoluciones No. 2966 de 2019 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y No. 41656 de 2019 expedida por la ADRES y las que las modifique o sustituyan.

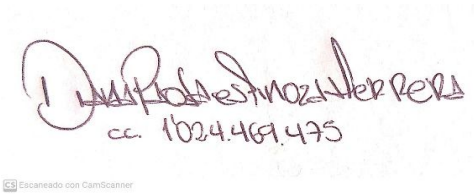
PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 01 de Septiembre de 2020 **HASTA:** 30 de Septiembre de 2020

LA SUMA DE: 3'564.574 (Tres millones quinientos sesenta y cuatro mil quinientos setenta y cuatro pesos M/C)

POR CONCEPTO DE Honorarios

DIRECCIÓN: Calle 150C No 117-15 Apt. 301

TELÉFONO: 3202158691



Escaneado con CamScanner

FIRMA
C.C 1'024.469.475

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2020

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Diana Paola Espinoza Herrera	1`024.469.475

Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:

Régimen del impuesto sobre las ventas al que pertenezco: COMUN ☐ SIMPLIFICADO ☒

Código Actividad Económica 7020 Tarifa ICA 9.66

Contrato de Prestación de Servicios Número: No ADRES-CPS-242-2020

Fecha de Inicio: 14/07/2020 Fecha de Terminación: 31/12/2020

Valor total del Contrato: $ **21.387.444** Prórroga: SI ☐ NO ☒

Valor mensual por concepto de Honorarios: $ 3.564.574

1. Declaro bajo gravedad de juramento que para desarrollar la actividad por prestación de Honorarios y por compensación por servicios personales, no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados, por lo cual solicito aplicar la retención en la fuente del Art. 383, servicio clasificado como Renta de trabajo según el artículo 103 del Estatuto Tributario. De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule dos (2) o más trabajadores asociados a mi actividad económica, me comprometo a informarles.

2. Declaro bajo gravedad de juramento en el marco de lo estipulado en el Decreto 099 de 2013, Artículo 387 del Estatuto Tributario, 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 de la norma precitada, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

TIPO DE DOCUMENTO	No. DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	CALIDAD DEPENDIENTE (*)
TI	1023374595	Juan Sebastián Carranza Espinoza	hijo
RC	1023414714	Mariana Aguirre Espinoza	hija

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2020

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

a) Hijos que tienen hasta 18 años de edad y dependen económicamente de mí.
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.
c) Hijos mayores de 23 años que se encuentran en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos 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 _____(Vacío)_____ identificado (a) con la C.C. No. __(Vacío)___ 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, Obligación _____ de_____, según certificación del año 2016; 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 Decreto 099 de 2013, articulo 2, numeral1, hasta 100 uvt.

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, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, y además disposiciones legales vigentes.

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2020

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, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, 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.

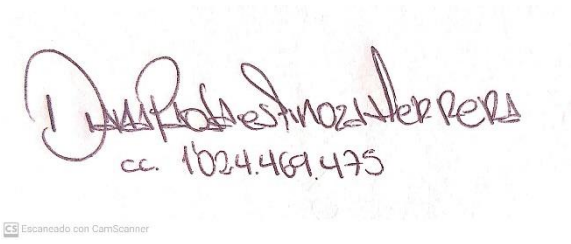
   _____

7. Declaro que consigno a Medicina pre-pagada _____la suma de ($), (anexar certificación del año inmediatamente anterior)_____que no supera las 16 UVT mensuales.

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)

Atentamente,

Firma



Cédula de ciudadanía 1024469475
Bogotá D.C. 01 de Octubre de 2020

Contrato No.	**ADRES-CPS-243-2020**		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Diana Paola Espinoza Herrera		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	Mauricio Páez Villalba	**Teléfono / Extensión**	1868
Dependencia	Direccion de otras prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar apoyo técnico a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, en las actividades relacionadas con verificación de soportes de las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito y de las solicitudes de recobros por tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios de acuerdo con las resoluciones No. 2966 de 2019 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y No. 41656 de 2019 expedida por la ADRES y las que las modifiquen o sustituyan		
Fecha de Inicio	14/07/2020	**Fecha de Terminación**	31/12/2020

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	1/09/2020	**Hasta**	30/09/2020
Adición y/o Prórroga	N/A			
Suspensión	N/A			
Cesión	N/A			

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES [i]

	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto y/o Entregables	Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación
1	Llevar a cabo la verificación de los soportes aportados en las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito, en concordancia con la normativa vigente.	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligación	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligacion	N/A

2	Realizar la verificación de los soportes aportados enlas solicitudes de recobros por tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud.	Se realiza la verificación de 3899 Items, de EPS SaludCoop, correspondientes a la asignación del archivo denominado: "Formato de Trabajo SaludCoop"	Carpeta: ADRES-CPS-243-Septiembre, en Archivo Excel Denominado: Formato de Trabajo SaludCoop	N/A N/A
3	Verificar la aplicación de los criterios de auditoría señalados en el marco normativo y los manuales correspondientes, validando la calidad del conjunto de recobros y/o reclamaciones que correspondan a la muestra seleccionada de los paquetes auditados directamente por la Entidad o por los terceros contratados para el trámite de las cuentas por servicios y tecnologías no financiados con la UPC.	Se realiza la verificación de 3899 Items, de EPS SaludCoop, correspondientes a la asignación del archivo denominado: "Formato de Trabajo SaludCoop"	Carpeta: ADRES-CPS-243-Septiembre, en Archivo Excel Denominado: Formato de Trabajo SaludCoop	N/A N/A
4	Registrar los resultados de las tareas adelantadas, en las herramientas de sistemas y/o formatos aplicables, de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas por el supervisor del contrato y/o la respectiva Coordinación de Grupo.	Se realiza la verificación de 3899 Items, de EPS SaludCoop, correspondientes a la asignación del archivo denominado: "Formato de Trabajo SaludCoop"	Carpeta: ADRES-CPS-243-Septiembre, en Archivo Excel Denominado: Formato de Trabajo SaludCoop	N/A N/A
5	Analizar y documentar de los hallazgos evidenciados en las revisiones de calidad, como mecanismo de retroalimentación a los auditores de recobros y/o reclamaciones.	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligación	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligación	N/A
6	Analizar y proponer métodos que permitan la ejecución eficiente y eficaz del proceso de verificación de la calidad de la auditoría.	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligación	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligación	N/A
7	Apoyar en la ejecución del plan de capacitación y participación en la	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligación	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron	N/A

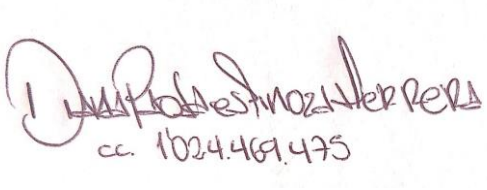
	elaboración de evaluaciones de conocimiento.		actividades con esta obligación	
8	Reportar cualquier situación inconsistente y/o anómala identificada en la revisión documental de las solicitudes de recobros o reclamaciones y documentarla según lo observado en su labor de verificación.	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligación	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligación	N/A
9	Garantizar la consistencia de valores y cantidades de los paquetes de recobros y/o reclamaciones verificados.	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligación	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligación	N/A
10	Proyectar las comunicaciones y certificaciones de calidad que sean requeridas en el trámite de los paquetes verificados.	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligación	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligación	N/A
11	Apoyar la ejecución de las diferentes etapas del proceso integral de recobros y reclamaciones.	Se realiza la verificación de 3899 Items, de EPS SaludCoop, correspondientes a la asignación del archivo denominado: "Formato de Trabajo SaludCoop"	Carpeta: ADRES-CPS-243-Septiembre, en Archivo Excel Denominado: Formato de Trabajo SaludCoop	N/A
12	Participar activamente en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.	Participo en reunión el día 03 de Septiembre de 2020, Seguimiento Auditoria Saludcoop, horario 10am / 10:30am. Organizador: Mauricio Páez. (MICROSOFT TEAMS). Participo reunión el día 04 de septiembre de 2020. Soporte Técnico a la defensa Judicial, en horario 16:00/17:00 pm. Organizador; Mauricio Páez Villalba. (MICROSOFT TEAMS)	Carpeta: ADRES-CPS-242-Septiembre, en Archivo Word Denominado: Capacitaciones Septiembre. Carpeta: ADRES-CPS-242-Septiembre, en Archivo Word Denominado: Capacitaciones Septiembre.	N/A N/A N/A

		Participo reunión el día 07 de septiembre de 2020. DOP Retroalimentación, en horario 14:00/15:00. Organizador; Luz Adriana Melo. (MICROSOFT TEAMS)	Carpeta: ADRES-CPS-242-Septiembre, en Archivo Word Denominado: Capacitaciones Septiembre.	N/A N/A
		Participo reunión el día 07 de septiembre de 2020.Grupo de soporte Técnico a la Defensa Judicial, en horario 16:30/17:00. Organizador; Mauricio Páez Villalba. (MICROSOFT TEAMS)	Carpeta: ADRES-CPS-242-Septiembre, en Archivo Word Denominado: Capacitaciones Septiembre.	N/A
		Participo reunión el día 08 de septiembre de 2020. DOP Retroalimentación, en horario 09/10:30am. Organizador; Mauricio Páez Villalba. (MICROSOFT TEAMS)	Carpeta: ADRES-CPS-242-Septiembre, en Archivo Word Denominado: Capacitaciones Septiembre.	N/A N/A
		Participo reunión el día 10 de septiembre de 2020. Capacitación Instrumentos y herramientas emitidas para combatir la corrupción, en horario 08am/09am. Organizador; Luz Adriana Melo. (MICROSOFT TEAMS)	Carpeta: ADRES-CPS-242-Septiembre, en Archivo Word Denominado: Capacitaciones Septiembre.	N/A N/A
		Participo reunión el día 10 de septiembre de 2020.Continuacion Proceso Saludcoop, en horario 17:00/17:30. Organizador; Carlos Ernesto Guerrero. (MICROSOFT TEAMS)	Carpeta: ADRES-CPS-242-Septiembre, en Archivo Word Denominado: Capacitaciones Septiembre.	N/A N/A
		Participo reunión el día 11 de septiembre de 2020. Mejora continua, en horario	Carpeta: ADRES-CPS-242-Septiembre, en	N/A

		14:00/14:15. Organizador; El café de la gestion. (MICROSOFT TEAMS)	Archivo Word Denominado: Capacitaciones Septiembre.	N/A
		Participo reunión el día 15 de septiembre de 2020. Avances Saludcoop, en horario 16:00/17:00. Organizador; Mónica Alexandra Duque. (MICROSOFT TEAMS)	Carpeta: ADRES-CPS-242-Septiembre, en Archivo Word Denominado: Capacitaciones Septiembre.	
		Participo reunión el día 22 de septiembre de 2020. Capacitación hábitos de vida saludable, en horario 08am/09am. Organizador; Ana Milena Escobar. (MICROSOFT TEAMS)	Carpeta: ADRES-CPS-242-Septiembre, en Archivo Word Denominado: Capacitaciones Septiembre.	N/A
		Participo reunión el día 23 de septiembre de 2020. Avances Saludcoop, en horario 10am/11am. Organizador; Mauricio Páez. (MICROSOFT TEAMS)	Carpeta: ADRES-CPS-242-Septiembre, en Archivo Word Denominado: Capacitaciones Septiembre.	N/A
		Participo reunión el día 25 de septiembre de 2020. Cambio Social en Colombia y desafíos posCovid, en horario 16:00/17:00. Organizador; El café de la gestion. (MICROSOFT TEAMS)	Carpeta: ADRES-CPS-242-Septiembre, en Archivo Word Denominado: Capacitaciones Septiembre.	N/A
		Participo reunión el día 29 de septiembre de 2020. Soporte Tecnico, en horario 10am/11am. Organizador; Mauricio Páez. (MICROSOFT TEAMS)	Carpeta: ADRES-CPS-242-Septiembre, en Archivo Word Denominado: Capacitaciones Septiembre.	N/A

13	Cumplir con las metas de productividad en el proceso de verificación de la calidad auditoría de recobros y reclamaciones para dar cumplimiento a los términos establecidos normativamente y/o a los indicados por el supervisor del contrato y/o la respectiva Coordinación de Grupo.	Se cumple con la meta de productividad para la verificación de 3899 Items, de EPS SaludCoop, correspondientes a la asignación del archivo denominado: "Formato de Trabajo SaludCoop"	Carpeta: ADRES-CPS-243-Septiembre, en Archivo Excel Denominado: Formato de Trabajo SaludCoop	N/A N/A
14	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne el supervisor del contrato	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligacion	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligacion	N/A

Hago constar que durante el periodo reportado se adelantaron las anteriores obligaciones y/o actividades.



Firma del Contratista
Fecha: 1/10/2020

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
$ 21.387.444	**$5.584.499**	**$ 3.564.574**	**0,00**	**$ 12.238.371**

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de Tres Millones Quinientos Sesenta y Cuatro mil Quinientos Setenta y cuatro pesos ($ 3.564.574)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	7764289268	$ 178.300	1/08/2020	30/08/2020	11/09/2020
Pensión	7764289268	$ 228.200	1/08/2020	30/08/2020	11/09/2020
ARL	7764289268	$ 7.500	1/08/2020	30/08/2020	11/09/2020

El Contratista tiene otros Contratos de Prestación de Servicios:
SI ☐ NO ☒

En la eventualidad que la Supervisión verifique que la información suministrada por el Contratista no es consistente o carece de validez, ésta deberá indicar las acciones tomadas: Realizar una breve descripción del hallazgo (Adjuntar soportes)

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el (los) supervisor (es) certifica(n) que:

1. El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato o Convenio en mención.

2. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por el (la) Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato o Convenio en mención.

3. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

OBSERVACIONES	Incluir información relevante no descrita en otro acápite, solo si aplica, no es necesario reiterar información
ANEXOS	1. Comprobante del pago de los Aportes respectivos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales por parte del Contratista. 2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente, suministrado por la entidad 3. Soportes contractuales cargados en la sección 7 del contrato electrónico (Formato comprimido). 4. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen sea Simplificado o Común. 5. Dos (2) medios magnéticos contentivos de las actividades realizadas en las obligaciones, productos y/o informes, en el Contrato o Convenio en mención. 6. En caso de primer pago debe aportar: a. Los soportes y el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente. b. Examen médico preocupacional .

	*Este examen tendrá vigencia máxima de tres (3) años y será válido para todos los contratos que suscriba el contratista. En el caso de perder su condición de contratista por un periodo superior a seis (6) meses continuos, deberá realizarse nuevamente el examen. c. Si es régimen común debe adjuntar la resolución de facturación de la DIAN.
Supervisor (es)/Interventor (es) **En constancia, el presente documento se entiende aprobado por las partes una vez el usuario supervisor del contrato efectue la aprobacion respectiva en la plataforma de SECOP II.**	
Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 1/10/2020	

[i] Incluir las obligaciones específicas pactadas en el Contrato y/o Convenio.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1024469475
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIANA PAOLA ESPINOZA HERRERA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 73I # 62 - 10A APTO 301	TELÉFONO:	7772304
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7764289268**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	agosto	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	agosto
	AÑO:	2020		AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/09/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		739485455

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 228.200
SUBTOTAL:			1	**$ 228.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 178.300
SUBTOTAL:			1	**$ 178.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 7.500
SUBTOTAL:			1	**$ 7.500**

TOTAL PAGADO:	**$ 414.000**

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1023374595

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40727371

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 56 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 71

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

COLOMBIA. CUNDINAMARCA. BOGOTA D.C NOTARIA CINCUENTA Y SEIS

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CARRANZA	ESPINOZA

Nombre(s)

JUAN SEBASTIAN

Fecha de nacimiento									Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año	2	0	0	7	Mes	E	N	E	Día 25	MASCULINO	B	POSITIVO

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

COLOMBIA. CUNDINAMARCA. BOGOTA D.C CENTRO POLICLINICO OLAYA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	A 7778582

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ESPINOZA HERRERA DIANA PAOLA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1.024.469.475 BOGOTA D.C	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CARRANZA MARIN RAUL ODILIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 80247768 BOGOTA D.C	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CARRANZA MARIN RAUL ODILIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 80247768 BOGOTA D.C	Raul Carranza

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

EL NOTARIO 56 DEL CIRCULO DE SANTAFE DE BOGOTA
Hace Constar
Que esta fotocopia coincide con el original que he tenido a la vista
23 FEB. 2007

Fecha de inscripción

Año 2007 Mes ENE Día 31

Nombre y firma del funcionario que autoriza

CERVELEON RODRIGUEZ HERRERA.

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.023.374.595**

CARRANZA ESPINOZA
APELLIDOS

JUAN SEBASTIAN
NOMBRES

Juan carranza
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-ENE-2007**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

25-ENE-2025
FECHA DE VENCIMIENTO

B+
G S RH

M
SEXO

03-JUL-2014 SIBATE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1523900-00653003-M-1023374595-20141223 0042054950A 3 42757687

Escaneado con CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1023414714

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59367129

Datos de la oficina de registro.- Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número 54 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 7 H

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

COLOMBIA, CUNDINAMARCA, BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
AGUIRRE	ESPINOZA

Nombre(s)

MARIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes JUL Día 29	FEMENINO	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
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	14784008-3

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ESPINOZA HERRERA DIANA PAOLA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.# 1.024.469.475 DE BOGOTA	COLOMBIANA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

AGUIRRE RIVERA HUGO FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.# 80.818.349 DE BOGOTA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

AGUIRRE RIVERA HUGO FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. # 80.818.349 DE BOGOTA	Hugo Aguirre R.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. #	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. #	

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2013 Mes AGO Día 10	BERNI FRANCISCO ESCALONA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Hugo Aguirre R. Firma	BERNI FRANCISCO ESCALONA Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS 217 DEL FOLIO 218 DE LA NOTARIA 54 DE BTA

- ESPACIO RESERVADO PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Escaneado con CamScanner