Bogotá D.C, 16-02-2026

Señor:
S1. Carlos Alberto Gualdron
Almacenista.
Supervisor Contrato No. 029-ARC-DISAN-2026
Bogotá D.C

INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO No.029-ARC-DISAN-2026.

Nombre del contratista María Angelica Diaz Escobar, identificado como aparece al pie de mi firma, de la manera más respetuosa me permito presentar, el informe de actividades realizadas en mi condición de CONTRATISTA, durante el periodo comprendido entre el diecinueve (19) al treinta y uno (31) de enero de 2026, en cumplimiento a lo establecido en la cláusula quinta del CONTRATO No. 029-ARC-DISAN-2026 del 19 de enero de 2026, cuyo objeto contractual es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EL ÁREA LOGÍSTICA – ALMACEN GENERAL DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL, las cuales relaciono a continuación:

INFORME DE ACTIVIDADES No. 001

DESCRIPCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES EJECUTADAS CONFORME AL PERIODO

No.	OBLIGACIÓN CONTRACTUAL	ACTIVIDADES REALIZADAS
1.	**Realizar la verificación de estado de conservación de materiales e insumos a bordo del almacén de la DISAN, verificando aspectos como vencimiento, estado, inventario y semaforización.**	**Verificación documentación para almacén año 2023**
2.	**Diariamente apoyar a la organización y presentación de la bodega y el almacén a cargo del área logística de la DISAN.**	Capacitación gestión documental con la s2 Bermudez
3.	**Apoyar Quincenalmente la verificación de los inventarios de materiales y stocks en sistema y realizar los reportes vía email a los diferentes almacenes dependientes del almacén general de la DISAN**	Organización stock Almacen
4.	**Verificar y gestionar Mensualmente la documentación del área logística y almacén cumpliendo con la normativa de archivo vigente**	Levantamiento inventario bodega
5.	**Apoyar las actividades de verificación de pedidos de almacén, recepción, entrega y entradas en uso del sistema logístico utilizado para ello.**	Alistamiento pedidos almacén a las áreas solicitantes (medicina laboral - sistemas de gestión - archivo general)
6.	**Apoyar en la verificación de pedidos, requerimientos, trasferencias y entregas de material a las áreas y unidades solicitantes.**	**En este mes no se programó actividad**
7.	**Participar en la verificación de parámetros de evaluación del proceso de cadena de suministro y el sostenimiento del Sistema de Gestión de Calidad de DISAN y demás sistemas vigentes, cumpliendo con lo establecido en cada uno de los procedimientos del proceso, verificando el cumplimiento de las responsabilidades de cada uno de los Establecimientos a través de los formatos implementados para su seguimiento y control.**	**En este mes no se programó actividad**

8.	Apoyar en la generación de documentos de gestión e informativos del área logística, almacén y en general del proceso de cadena de suministro.	En este mes no se programó actividad

ACREDITACIÓN DEL PAGO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: Cumpliendo con lo dispuesto en el contrato, anexo el comprobante de pago de seguridad social, planilla No. 51192287 correspondiente al mes de enero de 2026.

INFORMACIÓN DE NOVEDADES AL SUPERVISOR: Ninguna o incluir aspectos que impidan o paralicen el cumplimiento del contrato.

SOLICITUD DE PAGO DEL CONTRATO No.029-ARC-DISAN-2026.

Con ocasión a la forma de pago definida en la cláusula séptima del contrato, para el periodo ejecutado, corresponde a la Dirección de Sanidad de la Armada Nacional, pagar a nombre del contratista, la siguiente suma:

No. PAGO	FECHA	VALOR A PAGAR	CONCEPTO	REGIMEN	No. RUT
No. 001	16/02/2026	UN MILLÓN CUARENTA MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($1.040.000,00).	Servicios prestados desde el 19 al 31 de enero de 2026, en desarrollo del contrato No. 029-ARC-DISAN-2026	SIMPLIFICADO	1001887004-0

Para efecto del pago, agradezco desembolsar en la cuenta Ahorros (x) No. 0257002855 del banco BBVA.
Atentamente,

María Angelica Diaz

María Angelica Diaz Escobar
CC. 1.001.887.004
No. 029-ARC-DISAN-2026

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS SANITAS,

CERTIFICA

Que Maria Angelica Diaz Escobar, identificado(a) con CC número 1001887004, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1001887004
NOMBRES Y APELLIDOS	Maria Angelica Diaz Escobar
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	15/11/1994
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/12/2020
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/09/2024
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 830014193 THOMAS GREG SEGURIDAD INTEGRAL LTDA
Desde 04/10/2024 - Vigente

Generado por interfaces 16/02/2026

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

MARIA ANGELICA DIAZ ESCOBAR, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.001.887.004**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

MARIA ANGELICA DIAZ ESCOBAR identificado con CC. 1001887004 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	DIRECCION DE SANIDAD ARMADA NACIONAL
Tipo y Numero de Documento	NI - 901433263

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/01/19	**Fecha inicio contrato**	2026/01/19
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/10/31
Riesgo	1	**Código actividad económica**	1841301 - REGULACION DE LAS ACTIVIDADES DE ORGANISMOS QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD, EDUCATIVOS,
Estado afiliación	Activo		
Fecha retiro		**Estado del contrato**	Activo

Esta certificación se expide a los 16 días del mes de febrero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC16022026M1001887004D9118822.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

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	1001887004	MARIA ANGELICA DIAZ ESCOBAR		Carrera 87b # 90-26	3243200031	mariangelica_343@hotmail.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	
2026-01	2026-01	I	16/02/2026	51192287	$188.200	

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	80.300	0		0		0	13	700	0	81.000	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
230301	Porvenir	800229906-8	102.800	0	0		0	13	900		103.700	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	3.400				3.400	13	100	3.500			34	3.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

PAGADA

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	13	0	0	0
ICBF				
0	13	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	80.300	81.000
Pensión	1	102.800	103.700
Riesgos Laborales	1	3.400	3.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	186.500	188.200

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	1001587004	MARIA ANGELICA DIAZ ESCOBAR	Carrera 87b # 90-26	3243200031	mariangelica_343@hotmail.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	
2026-01	2026-01	I	16/02/2026	51192287	$188.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colegio	Sueldo	Alto riesgo	Cotiza Solidaridad	Extranjero	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	Días en Mora	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1001587004	DIAZ ESCOBAR MARIA ANGELICA	ST	0			N	X																23001	641.999	102.826	0	0	0	0	EPS005	641.999	83.300	14-23	641.999	1	3.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

FORMATO CERTIFICACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES
–CONTRIBUYENTES DEL IMPUESTO DE RENTA-

Bogotá D.C., **16 DE FEBRERO 2026**

Señor Capitán de Navío
JUAN CARLOS HINCAPIÉ AGUDELO
Director de Sanidad Naval – ARC
Bogotá D.C.

ASUNTO: Retención en la Fuente Empleados – Contribuyentes del Impuesto de Renta, según Ley 1607 de Diciembre de 2012 y Decreto No.0099 de Enero 25 de 2013.

Yo, **Maria Angelica Diaz Escobar** identificado(a) con cédula de ciudadanía No 1001887004 de la ciudad de **Barranquilla**, con el fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 1607 de 2012 y paragrafo 3°del Decreto 0099 de 2013, certifico a ustedes, bajo la gravedad de juramento, que:

SI ( ) NO (**x**) Soy declarante del impuesto de renta y complementario en el año 2025, ya que
SI ( ) NO (**x**) superé todos o cualquiera de los siguientes montos en el año gravable 2025:

Patrimonio Bruto	Superiores a	4.500UVT = $ 235.683.000,00
Consignaciones Bancarias	Superiores a	1.400UVT = $ 73.324.000,00
Ingresos Totales	Superiores a	1.400UVT = $ 73.324.000,00
Consumos de Tarjetas de Crédito	Superiores a	1.400 UVT = $ 73.324.000,00
Compras (crédito o de contado)	Superiores a	1.400UVT = $ 73.324.000,00

*En el caso de la base de **Ingresos Totales de 4.500 UVT**, se entiende que se aplica para efectos de retención, según Art. 3 parágrafo 4° del Decreto 0099/2012.

Para efectos de declarar como Trabajador Independiente (art.18 Ley 1607/2012) respecto a ingresos, ver topes vigentes.
UVT año 2026: $52.374,00

*Deducible de la Base: Art2 - Art3. Decreto 0099/2013 (Si aplica anexar soportes).

En constancia de lo anterior firmo en la ciudad de Bogotá D.C., al 16 día del mes de **Febrero** del año 2026.

Atentamente,



FIRMA

Nombre: Maria Angelica Diaz Escobar

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Para efectos de Retención en la Fuente

Yo, María Angélica Díaz Escobar, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1001887004, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto **bajo gravedad de juramento** que:

1. Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2° del artículo 387 del estatuto Tributario, para el beneficio tributario de deducción por dependientes, de manera libre, espontánea y **bajo la gravedad de juramento**, manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mi (Anexar soportes según sea el caso):

DATOS DEPENDIENTES

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	EDAD
Emily Isabella Solar Díaz	Hija	11 Años
Hanna Alicia Medina Díaz	Hija	6 Años
N/A	N/A	N/A

1.1. Declaro que mi cónyuge, _____ identificado (a) con la C.C. No. _____ NO ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

2. Así mismo, informo los demás conceptos requeridos para la liquidación de mi cuenta de cobro, así:

2.1. **Intereses de vivienda:** Certificación del crédito hipotecario expedida por la entidad financiera donde indique los intereses pagados durante el año inmediatamente anterior.

SI NO x

- **El crédito ha sido otorgado a varias personas.** Declaro que la deducción prevista se debe realizar proporcionalmente (Decreto 3750 de 1986 Articulo 8) _____
- **El crédito ha sido otorgado a ambos conyugues**. Declaro que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyugue no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario (Decreto 3750 de 1986 Articulo 8) _____

2.2. **Aporte cuenta AFC**: Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta

SI x NO

2.3. **Aportes voluntarios a pensión**: (Diferentes a los Obligatorios) anexo certificación.

SI x NO

2.4. **Pagos por salud:** Certificación de medicina pre pagada o seguros de salud que detallen afiliados y valor pagado durante el año inmediatamente anterior.

SI x NO

3. Que informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a la categoría tributaria.

4. **Ley 100 de 1993. Artículo 15. Afiliados**. *"(…) Todas las personas naturales que presten directamente servicios al Estado, los trabajadores independientes entre otros tienen la* ***obligación*** *de* ***aportar al Sistema General de Seguridad Social – SGSS****, si perciben ingresos netos iguales o superiores a un (1) salario mínimo mensual legal vigente – SMMLV (…)"*, por consiguiente:

   - Declaro bajo la gravedad de juramento y para todos los efectos legales, que (marque con una X): SI _NO _x estoy vinculado actualmente mediante dos (2) o más contratos de prestación de servicios con entidades públicas.

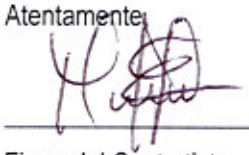
   - Si en la pregunta anterior marcó SI, diligencie la siguiente información:

NO.	NOMBRE ENTIDAD PÚBLICA	NÚMERO DEL CONTRATO	VALOR HONORARIOS MENSUALES
1.			
2.			
3.			

Nota*: En caso de tener dos (2) o más contratos con el sector público, se debe anexar pantallazo del SECOP.*

La presente manifestación se firma en la ciudad de Bogotá a los 16 días del mes de febrero de 2026.

Atentamente,



Firma del Contratista

C.C. No.

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.042.266.698

Indicativo Serial 53298162

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 05 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 0 2 X

Dpto - Municipio - Corregimiento - Inspección de Policía - Vereda

NOTARIA 5 BARRANQUILLA COLOMBIA ATLANTICO BARRANQUILLA

Datos del inscrito

Primer apellido: SOLAR | Segundo apellido: DIAZ

Nombre(s): EMILY ISABELLA

Fecha de nacimiento: Año 2014 Mes MAY Día 10 | Hora de nacimiento: | Sexo: FEMENINO | Número de hijos nacidos vivos: 0 | Número de hijos fallecidos:

Lugar de nacimiento (País - Departamento o Estado - Municipio - Área rural - Corregimiento o vereda o localidad)

COLOMBIA ATLANTICO BARRANQUILLA

Tipo de documento antecedente o Certificado de nacido vivo: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | Número certificado de nacido vivo: 12670322-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: DIAZ ESCOBAR MARIA ANGELICA

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.001.887.004 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: SOLAR MERCADO CARLOS JAVIER

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.001.779.477 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: DIAZ ESCOBAR MARIA ANGELICA

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.001.887.004 | Firma: María Angelica Díaz

Datos persona idónea

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): | Firma:

Datos segunda persona idónea

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): | Firma:

Fecha de inscripción: Año 2014 Mes MAY Día 23

Nombre y firma del funcionario que autoriza: ELVIRA MARGARITA [illegible] AMADOR

Reconocimiento paterno

Firma:

Nombre y firma del funcionario: ELVIRA MARGARITA [illegible] AMADOR

ESPACIO PARA NOTAS

L.V 133 Folio 121

CERTIFICA

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.234.896.473

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58930849

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

REGISTRADURIA DE AUXILIAR 1 DE SOLEDAD - COLOMBIA - ATLANTICO - SOL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MEDINA	DIAZ

Nombre(s)

HANNA ALICIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes JUL Día 13	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA ATLANTICO BARRANQUILLA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	153221121-6

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

DIAZ ESCOBAR MARIA ANGELICA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.001.887.004	COLOMBIA

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

MEDINA ALVAREZ MARVIN MERVIN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DE V 24369914	VENEZUELA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

DIAZ ESCOBAR MARIA ANGELICA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.001.887.004	[signature]

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 2019 Mes SEP Día 25	CLAUDIO JAVIER TORRES UNIGARRO Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.042.266.698
SOLAR DIAZ
APELLIDOS
EMILY ISABELLA
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 10-MAY-2014
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO
10-MAY-2032 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
24-ENE-2022 SOLEDAD
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

Powered by CamScanner