

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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 DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C. Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		11				
			Código Centro		940410				
			Fecha Elaboración		Marzo de 2026				
			Versión		ENERO - 1,26				
			ID de Proceso		52750-344322				
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:		EDWIN ALBERTO NIÑO VILLALBA		Banco a consignar:		BANCO CAJA SOCIAL			
Cédula de Ciudadanía		80.247.194		Tipo de cuenta:		AHORROS			
Correo electrónico:		eninov@sena.edu.co		Número de Cuenta:		24072185407			
IP/Nº de contacto:				Presta Servicios Excluidos de IVA:		SI			
Inducción SST:		SI		Pertenece al régimen simple de tributación:		NO			
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Es declarante de renta por el año gravable 2025		NO			
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?						NO			
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600						NO			
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a \$209.496.000 (debe registrarse como responsable del IVA)						NO			
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?						NO			
Concepto del pago corresponde a:						Ninguno			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.						0,00%			
DATOS DEL CONTRATO									
Nº del contrato:		905953/2026		Nº Compromiso SIIF	47026	Número de pagos durante la vigencia del contrato	10		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar los servicios personales, de carácter temporal, de manera autónoma e independiente, para desarrollar actividades orientadas a la planeación, ejecución y evaluación de la Formación Profesional Integral, conforme a la planificación definida por el Centro de Gestión Administrativa en la modalidad presencial, para la sede principal y colegios del programa de Articulación con la							
DATOS PERIODO DEL PAGO									
Del		01/03/2026		Al		31/03/2026			
Número de pago		2		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 42.637.473			
Valor Bruto Pago:		\$ 4.737.497,00		Valor Total del Contrato:		\$ 47.374.970			
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 37.899.976			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Ingresos por honorarios		\$ 4.737.497		Ninguno		0,00%			
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 4.737.497				\$ 0			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.785.747		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR									
		Marzo		Febrero		Base retención en la fuente a título de RENTA		2.785.747,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----		1080501702		Base retención en la fuente a título de ICA		4.197.397,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.894.999		\$ 1.894.999		Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 236.900		\$ 236.900		IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 303.200		\$ 303.200		Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA		0,00	15%
ARL		\$ 9.900		\$ 9.900		Reteica - 8299 - BOGOTÁ		40.547,00	0,966%
		\$ -						0,00	0%
		\$ -						0,00	0%
		\$ -						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		\$ 473.750				Otras Retenciones		0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 837.984		\$ -		Otras Retenciones		0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 34.479.550		\$ 928.000				0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 928.000							
Retención en la Fuente Contingente		\$ -				Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
						VALOR A PAGAR		\$4.696.950,00	
SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE									
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Durante el presente mes se aplicó nuevo instructivo o guía de empresas didácticas para la formación del programa de recursos humanos,									
Durante el presente mes se tuvo en cuenta la aplicación del reglamento del aprendiz durante las sesiones de formación realizadas									
Elaboración de actas referentes a inicio de formación para las competencias de Seleccionar y Registrar del programa de Recursos Humanos									
Durante el presente mes se ha realizado formación en los colegios José Joaquín Castro Martínez y Alexander Fleming.									
Durante el presente mes se realizó la verificación de datos personales de los aprendices registrados en la plataforma de Sofia Plus.									
Durante el presente mes se realizó planeación de la formación realizando ajustes según corresponda a guías de aprendizaje.									
Durante el presente se participó del encuentro virtual para la socialización de los ajustes del programa de Recursos Humanos.									
Se brinda apoyo adicional a la formación en temas de revisión documental para la inscripción de aprendices nuevos.									
Elaboración informe mensual de ejecución contractual del mes de marzo.									
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:									
1. Cumplí 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									
<div><div>EDWIN ALBERTO NIÑO VILLALBA EL CONTRATISTA</div></div>									
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 período 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.									
<div><div>Autorizo el presente pago. El Supervisor,</div><div><div>Firmado digitalmente por DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO Fecha: 2026.03.18 14:37:17 -05'00'</div></div><div>DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO INSTRUCTOR G20</div></div>									
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 MIGUEL ANGEL RUIZ BOHORQUEZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)									

PAGADO 16/03/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EDWIN ALBERTO NIÑO VILLALBA		
Documento	CC80247194	Dirección	CR 11 #66 B - 65 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3002546702
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total								
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	IGE	LWA	VAC	VCT	IRG	Dis APL	Dis EPS	Dis AFP	Dis CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 80247194	EDWIN ALBERTO NIÑO VILLALBA	59	00	X														0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	\$ 1.894.999	\$ 303.200	(EPS010) EPS SURA	\$ 1.894.999	\$ 236.900	0,522	\$ 1.894.999	\$ 9.900	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 550.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Salidos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	\$ 0	\$ 303.200	\$ 236.900	\$ 9.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 550.000	\$ 0	\$ 550.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR

FECHA 10/02/2024 13:21:28

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒

POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐

PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: EDWIN ALBERTO NIÑO VILLALBA

C.C 80247194

EDAD 40 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR CONTRATISTA



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional ☒

Visiometría ☐

Optometría ☒

Audiometría ☐

Espirometría ☐

Exámenes de laboratorio

SI ☒

NO ☐

Glic ☒

Col ☒

Trigli ☒

Otros ☒

¿Cuáles? PERFIL LIPIDICO

Énfasis Osteomuscular ☒

Otros ☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

ENFASIS CARDIOVASCULAR - MUSCULOESQUELETICO - PSICOSOCIAL

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☒

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS

SI ☐

NO ☐

NA ☒

RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS

☐

☐

☒

RESTRICCIONES

NINGUNO

RECOMENDACIONES

CONTROL OPTOMETRIA EPS ANUAL/ USO DE LENTES VISION CERCANA

USO DE MEDIAS ANTIVARICE / HIGIENE POSTURAL

CONTROL MEDICO RUTINA EPS / NUTRICION

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR

SE SUGIERE REALIZAR PAUSAS ACTIVAS E INCLUIRLO EN EL PROGRAMA DE ESTRES, MANEJO DE DEL TIEMPO Y SST DE LA EMPRESA

SE SUGIEER AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR

FECHA: 10/02/2024 13:21:28

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒

POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐

PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: EDWIN ALBERTO NIÑO VILLALBA

C.C. 80247194

EDAD 40 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR CONTRATISTA



EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE



Captura biométrica

Olivia Marcela Prieto C.
Médica Generalista
C.C. 80247194

FIRMA DEL ESPECIALISTA



CLINISUR IPS 1 LTDA
 Nit. 900148264 - 9
 Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
 Tel: 2784705
OPTOMETRÍA

Ingreso ☒
 Egreso ☐
 Periódico ☐
 Caso ocupacional ☐

Fecha historia 10/02/2024 12:11:00

Doc. Identidad **CC 80247194** Nombre **EDWIN ALBERTO NIÑO VILLALBA** Fecha Nacimiento. **11/10/1983**
 Entidad **PARTICULAR** Edad **40** Ocupación **CONTRATISTA**
 Fondo de pensión **EPS** ARL

Anamnesis

Último examen visual	Usa anteojos: Si ☐ No ☐ V.L. ☐ V.P. ☐ PC ☐ Bifocal ☐ Progresivo ☐ Filtros ☐
Frecuencia de uso: Permanente: ☐ Ocasional ☐	Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? Si ☐ No ☐
Cirugías Si ☐ No ☐ Cuál?	
Accidentes oculares Si ☐ No ☐ Cuál?	
Signos y síntomas: Asintomático ☐ Disminución visual de cerca ☐ Disminución visual de lejos ☐ Cefaleas ☐ Ressequedad ocular ☐	
Ardor ocular ☐ Lagrimeo ☐ Cansancio ocular ☐ Irritación ☐ Fotofobia ☐ Prurito ocular ☐ Salto de renglón ☐	
Antecedentes personales y/o familiares	Trae corrección óptica ☐

Agudeza Visual					
C.C.	V.L.	V.P.	S.C.	V.L.	V.P.
O.D.				20/20	20/30
O.I.				20/20	20/30

Lensometría				
	ESF	CIL	EJE	ADD
O.D.				
O.I.				

Examen Externo

Segmento Anterior: Hiperemia conjuntiva ☐ Pterigio N ☐	Segmento Anterior: Hiperemia conjuntiva ☐ Pterigio N ☐
Pterigio T ☐ Pinguécula ☒ Nevus ☐ Blefaritis ☐	Pterigio T ☐ Pinguécula ☒ Nevus ☐ Blefaritis ☐
Blefaritis seborreica ☐ Secreción ☐ Leucoma corneal ☐	Blefaritis seborreica ☐ Secreción ☐ Leucoma corneal ☐
Ptosis palpebral ☐ Otros:	Ptosis palpebral ☐ Otros:

Motilidad Ocular

CVT: VL ORTHO	VP ORTHO	HISHBERG CENTRADO
Ducciones N	Versiones	PPC 4 CM

Oftalmoscopia

F.O.A.N. ☐ Papila normal ☒ Brillo foveal normal ☐ Catarata ☐	F.O.A.N. ☐ Papila normal ☒ Brillo foveal normal ☐ Catarata ☐
Esclerosis de cristalino ☐ Opacidad de medios ☐ Lesión retinal ☐	Esclerosis de cristalino ☐ Opacidad de medios ☐ Lesión retinal ☐

Test Ocupacionales

Visión cromática	Visión de profundidad	Campo visual por confrontación
O.D: N	O.D: 40 DE ARCO	O.D:
O.I: N	O.I:	O.I:

Refracción

Esfera	Cilindro	EJE	Adición	Esfera	Cilindro	EJE	Adición	VL	VP
O.D: N	-		+1.00	O.D:	-		+	20/20	20/20
O.I: N	-		+1.00	O.I:	-		+	20/20	20/20

Interpretación

No requiere corrección óptica ☐	O.D ☐ O.I ☐	Defecto refractivo no corregido ☒	O.D ☒ O.I ☒
Defecto refractivo adecuadamente corregido ☐		Gafas no formuladas ☐	
Defecto refractivo inadecuadamente corregido ☐			

Diagnóstico

h524 PRESBICIA
h111 DEGENERACIONES Y DEPOSITOS CONJUNTIVALES

Recomendaciones

Corrección Óptica Permanente ☐	Corrección Óptica Ocasional ☐	Control 6 meses ☐	Control 1 año ☐
Optometría Clínica ☒	Valoración por oftalmología ☐	Valoración por ortóptica ☐	

Valoración Normal ☐ Anormal ☐

CONCEPTO

Apto ☐ No apto ☐ Observaciones:

Sindy Paola Rodríguez Suárez
 SINDY PAOLA RODRIGUEZ SUAREZ
 ESPECIALISTA
 UNIVERSIDAD DE LA SALUD

SINDY PAOLA RODRIGUEZ SUAREZ

Especialidad:

CC: 1022340733 RM:

Informe valoración psicológica – psicosocial

Fecha:10 de febrero de 2024	Empresa: Particular	Cargo: Contratista			
Nombre: Edwin Alberto Niño Villalba	CC: 80247194	Edad: 40 años			
Condiciones evaluadas					
	Riesgo muy alto	Riesgo alto	Riesgo medio	Riesgo Bajo	Sin riesgo
Manifestación psicosomática				X	
Condiciones Extralaborales				X	
Condiciones Intralaborales				X	
Sintomatología asociada al estrés				X	

Valoración del riesgo

Sin riesgo, No amerita desarrollar actividades de intervención, las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría serán objetos de acciones o programas de promoción.

Riesgo bajo, las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría serán objetos de acciones o programas de intervención a fin de mantenerlos en los niveles de riesgos más bajo posible. salud. (Se recomienda realizar pausas activas e incluirlo en el programa de estrés, manejo del tiempo y SST que tenga la compañía)

X

Riesgo medio, Nivel de riesgo con respuestas de estrés moderado, las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría ameritan observación y acciones sistemáticas de intervención para prevenir efectos perjudiciales para la

Riesgo alto o muy alto nivel de riesgo con amplia posibilidad de asociarse a respuestas muy altas de estrés. Por consiguiente, las dimensiones y dominios que se encuentren bajo esta categoría requieren intervención inmediata en el marco de un sistema de vigilancia epidemiológica.

Daniela Estefanía Gómez Ávila

Esp. Psicología Ocupacional
Y Organizacional

Resolución No. 13384 de 15/11/2017

Daniela Gómez Ávila

Psicóloga, especialista en psicología ocupacional y organizacional

Resolución 13384 de 15/ 11/ 2017

Doc: 80247194

Nombre : EDWIN ALBERTO NIÑO VILLALBA

Edad : 40 Años

Sexo : M

Entidad: PARTICULAR

Parametro	Resultado	Rango referencia
-----------	-----------	------------------

PERFIL LIPIDICO

COLESTEROL TOTAL	157	200	mg/dl
COLESTEROL HDL	52.4	65	mg/dl
COLESTEROL LDL	88.6	150	mg/dl
TRIGICERIDOS	80	200	mg/dl

Angie Paola Garcia Vargas
Biología y Laboratista Clínico
C.C. 1014292396

Angie Paola Garcia Vargas
Bacteriología y Laboratista Clínico
C.C. 1014292396

ANGIE PAOLA GARCIA VARGAS

Especialidad: LABORATORIO CLINICO

CC: 1014292396 RM:

GLICEMIA BASAL

RESULTADO	78	70	110	mg/dL
-----------	----	----	-----	-------

Angie Paola Garcia Vargas
Bacteriología y Laboratista Clínico
C.C. 1014292396

Angie Paola Garcia Vargas
Bacteriología y Laboratista Clínico
C.C. 1014292396

ANGIE PAOLA GARCIA VARGAS

Especialidad: LABORATORIO CLINICO

CC: 1014292396 RM:



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 2 de febrero de 2026

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.	1140927391	Juan Manuel Niño Acevedo	HIJO
-------------	-------------------	---------------------------------	-------------

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: Edwin Alberto Niño Villalba

C.C. 80.247.194



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

NUIP

1140927391

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

53301052

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 66 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código D T X

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

***** COLOMBIA ***** DISTRITO CAPITAL ***** BOGOTÁ D.C. *****

Datos del inscrito

Primer Apellido

NINO*****

Segundo Apellido

ACEVEDO*****

Nombre(s)

JUAN MANUEL*****

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año 2014 Mes ABR Día 30 MASCULINO 0 POSITIVO

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

***** COLOMBIA ***** DISTRITO CAPITAL ***** BOGOTÁ D.C. *****

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO*****

12735200-9*****

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ACEVEDO PARRA AURA MARIA*****

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

C.C. No. 1032384457 DE BOGOTÁ*****

COLOMBIANA*****

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

NINO VILLALBA EDWIN ALBERTO*****

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

C.C. No. 80247194 DE BOGOTÁ*****

COLOMBIANA*****

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

NINO VILLALBA EDWIN ALBERTO*****

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

C.C. No. 80247194 DE BOGOTÁ*****



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 2014 Mes MAY Día 16

Nombre y firma del funcionario que autoriza

LUIS FERNANDO CASTELLANO MUÑOZ

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario



REGISTRO CIVIL

El presente registro es fotocopia
auténtica tomada del original que reposa en
nuestros archivos de Registro Civil.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -