

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA**

Versión 3

Fecha de aprobación 2/15/2018

Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

|   |                      |   |     |                 |            |    |  |
|---|----------------------|---|-----|-----------------|------------|----|--|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                     |                      | estephanie arguello castillo                    |     |                 |            |    |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                          | C.C                  | X   | C.E | No.             | 1019048230 |    |  |
| CORREO ELECTRONICO:                         | gephani@hotmail.com  |   |     | CELULAR:        | 3212548617 |    |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |                      |   |     | SUBRED          |            |    |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                     |                      | URG CONSULTA URGENCIAS USS OCCIDENTE DE KENNEDY |     | SEDE:           | SUBRED     |    |  |
| CENTRO DE COSTOS:                           | Centro de costo      | %   |     |                 |            |    |  |
|   | KE10B01              | 100   |     |                 |            |    |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                         | BANCO DAVIVIENDA S.A |   |     | TIPO DE CUENTA: | AHORRO     |    |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                   |                      | 451870093973                                    |     |                 | PENSIONADO | NO |  |

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

|                             |  |       |                            |               |       |             |                            |
|-----------------------------|--|-------|----------------------------|---------------|-------|-------------|----------------------------|
| NÚMERO DE CONTRATO          |  | 2423  |                            | VIGENCIA      |       | 2025        |                            |
| NÚMERO DE CDP               | 1865   | FECHA | 2025-09-17<br>13:39:31.000 | NÚMERO DE CRP | 39679 | FECHA       | 2025-09-26<br>00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:        | MEDICO GENERAL - URGENCIAS DE ALTA COMPLEJIDAD |       |                            |               |       |             |                            |
| PERIODO CERTIFICADO:        | DESDE  |       | FECHA INICIAL              |               | HASTA | FECHA FINAL |                            |
|                             |  |       | 2025-11-01                 |               |       | 2025-11-30  |                            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: |  |       |                            | \$3,620,880   |       |             |                            |
| TIPO DE SERVICIOS           | Asistencial                                    |       | RESERVA DE GLOSA 0%        |               | N/A   |             |                            |

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO                                | VALORES      |
|---|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | \$44,416,128 |
| VALOR EJECUTADO                         | \$44,416,128 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA            | \$3,620,880  |
| VALOR A LIBERAR                         | \$0          |
| SALDO POR EJECUTAR                      | \$0          |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                 | 100%         |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|--------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|
| 9493617934         | \$1,448,352       | \$181,044                | \$231,736              | 3         | \$35,282   | \$448,062     |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

RODOLFO DUARTE CELY  
80158750  
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..  
Copyright © 2021

| OBLIGACIÓN  | ACTIVIDADES   | PRODUCTOS   |
|---|---|---|
| Realizar recibo y entrega de turno de pacientes en área de reanimación y observación de urgencias.  | Valora pacientes en estas dos área y cumple a cabalidad sus actividades.                                  | Libro de recibo y entrega de turno.                                   |
| Desarrolla actividades propias según área asignada diariamente triage, consulta, reanimación y evolución.   | Ejecuto la atención de pacientes según la asignación durante el desarrollo de sus actividades.            | Lista de programación de actividades.                                 |
| Diligenciar adecuadamente el registro de historias clínicas.  | Llena correctamente cada historia clínica de paciente atendido.   | Historia clínica manual.  |
| Diligenciar el 100% de las fichas de notificación obligatoria.  | Realiza y registra de forma completa las fichas de notificación obligatoria.                              | Historia clínica y estadística enviada por servicio de epidemiología. |
| Solicitar interconsultas, laboratorios y exámenes diagnósticos según sea el caso por cada paciente, con la pertinencia médica del caso.   | Hace una valoración completa de los pacientes y toma conductas apropiadas para cada caso.                 | Historia clínica manual.  |
| Mantener un trato humanizado con el usuario y sus familiares.   | Brinda atención médica de calidad haciendo énfasis en el buen trato.                                      | Sistema de PQRS   |
| Fomentar trabajo en equipo con el personal asistencial del servicio.  | Articula con sus compañeros la atención integral de los pacientes.  | Casos atendidos dentro del turno.                                     |
| Asistir a reuniones propias del área y jornadas de capacitación que se realicen durante el mes.   | Cumplimiento de actividades programadas por el líder del servicio.  | Listas de asistencia a reuniones del área.                            |
| Realizar adecuado uso los equipos biomédicos con los que se cuentan en el área ( monitores, desfibrilador, ecógrafo y demás) garantizando su conservación.                          | Usa correctamente el ecógrafo, monitores, desfibrilador y demás equipos que se encuentran en el servicio. | Informe de equipos biomédicos por el área respectiva.                 |
| Suministrar información clara y oportuna a los pacientes y familiares acerca de diagnóstico, tratamiento, estancia hospitalaria y demás dudas concernientes con la atención medica. | Da asesoría de la atención médica prestada a todos los pacientes y familiares.                            | Historia clínica manual.  |

RODOLFO DUARTE CELY  
80158750  
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..  
Copyright © 2021

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                                     |                 |                    |                      |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|-------------------------------------|-----------------|--------------------|----------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                        | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección            | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1019048230                 |    | ARGUELLO CASTILLO ESTEPHANIE DAIANA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | av carrera 68 # 5-17 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 5555555  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |            |          |            |            |                  |           |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|------------------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave      |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago             |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago       | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco            | Valor     |
| 2025-10                           | 2025-10 | 1924731194 | 9493617934 | I        | 2025/11/11 | 2025/11/13 | BANCO DAVIVIENDA | \$448,900 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                        |                      |            |                     |        |             |             |           |        |             |             |           |        |      |     |        |        |      |             |          |         |     |        |     |  |              |  |  |  |  |
|---|----------------------|------------|---------------------|--------|-------------|-------------|-----------|--------|-------------|-------------|-----------|--------|------|-----|--------|--------|------|-------------|----------|---------|-----|--------|-----|--|--------------|--|--|--|--|
| EMPLEADO  |                      |            |                     |        | PENSION     |             |           |        |             | SALUD       |           |        |      |     | CCF    |        |      |             |          | RIESGOS |     |        |     |  | PARAFISCALES |  |  |  |  |
| No.   | Identificación       | Nombres    |                     | Codigo | Dias        | IBC         | Aporte    | Codigo | Dias        | IBC         | Aporte    | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC         | Aporte   | Dias    | IBC | Aporte |     |  |              |  |  |  |  |
| <b>Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>                |                      |            |                     |        | \$1,448,352 | \$231,800   |           |        | \$1,448,352 | \$181,100   |           |        |      | \$0 | \$0    |        |      | \$1,448,352 | \$35,300 |         |     | \$0    | \$0 |  |              |  |  |  |  |
| <b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>      |                      |            |                     |        | \$1,448,352 | \$231,800   |           |        | \$1,448,352 | \$181,100   |           |        |      | \$0 | \$0    |        |      | \$1,448,352 | \$35,300 |         |     | \$0    | \$0 |  |              |  |  |  |  |
| <b>Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)</b> |                      |            |                     |        | \$1,448,352 | \$231,800   |           |        | \$1,448,352 | \$181,100   |           |        |      | \$0 | \$0    |        |      | \$1,448,352 | \$35,300 |         |     | \$0    | \$0 |  |              |  |  |  |  |
| 1   | CC                   | 1019048230 | ARGUELLO ESTEPHANIE | 230301 | 30          | \$1,448,352 | \$231,800 | EPS005 | 30          | \$1,448,352 | \$181,100 | 0      |      | \$0 | \$0    | 14-11  | 30   | \$1,448,352 | \$35,300 | 0       |     | \$0    | \$0 |  |              |  |  |  |  |
| <b>Total</b>  | <b>Afiliados( 1)</b> |            |                     |        | \$1,448,352 | \$231,800   |           |        | \$1,448,352 | \$181,100   |           |        |      | \$0 | \$0    |        |      | \$1,448,352 | \$35,300 |         |     | \$0    | \$0 |  |              |  |  |  |  |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                                     |                 |                    |                      |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|-------------------------------------|-----------------|--------------------|----------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                        | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion            | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1019048230                 |    | ARGUELLO CASTILLO ESTEPHANIE DAIANA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | av carrera 68 # 5-17 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 5555555  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |       |            |            |          |            |            |                  |           |           |
|-----------------------------------|-------|------------|------------|----------|------------|------------|------------------|-----------|-----------|
| Periodo                           |       | Clave      |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago             |           |           |
| Pensión                           | Salud | Pago       | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco            | Dias Mora | Valor     |
| 2025-10                           |       | 1924731194 | 9493617934 | I        | 2025/11/11 | 2025/11/13 | BANCO DAVIVIENDA | 2         | \$448,900 |

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                   |                |                        |                  |  |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|-------------------|----------------|------------------------|------------------|--|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR    |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$231,800         | \$300          | \$0                    | \$232,100        |  |
| PORVENIR                 | 230301 | 800,224,808 | 8  | 1         | \$231,800         | \$300          | \$0                    | \$232,100        |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$35,300          | \$100          | \$0                    | \$35,400         |  |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$35,300          | \$100          | \$0                    | \$35,400         |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$181,100         | \$300          | \$0                    | \$181,400        |  |
| SANITAS                  | EPS005 | 800,251,440 | 6  | 1         | \$181,100         | \$300          | \$0                    | \$181,400        |  |
| <b>TOTAL</b>             |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$448,200</b>  | <b>\$700</b>   | <b>\$0</b>             | <b>\$448,900</b> |  |

Medellin, 28 de noviembre de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:**

Que **ESTEPHANIE DAIANA ARGUELLO CASTILLO** con documento de identidad **C1019048230**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como trabajador(a) de **ESTEPHANIE DAIANA ARGUELLO CASTILLO** con NIT **C1019048230**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

**Información general de la afiliación**

| Fecha inicio | Fecha fin  | Tipo cotizante   | Centro de trabajo          | Código C.T     | Clase de riesgo | Tasa cotización | Estado cobertura |
|--------------|------------|--|----------------------------|----------------|-----------------|-----------------|------------------|
| 2025-05-01   | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES | INDEPENDIENTES VOLUNTARIOS | 0000000<br>001 | 3               | 2.436           | EN COBERTURA     |



· Medellín **604 4444578**  
 · Bogotá **6014055911**  
 · Cali **602 3808938**  
 · Pereira **606 3138400**

· Manizales **606 8811280**  
 · Bucaramanga **6076917938**  
 · Cartagena **605 6424938**  
 · Barranquilla **605 3197938**

Líneas de atención **01 8000 511 414 ó 01 8000 941 414**  
 Línea de conciliación ARL **3103157562**  
[segurosura.com.co](http://segurosura.com.co) [arlsura.com](http://arlsura.com)

## MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

## CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

## INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

| TIPO IDENTIFICACION | NÚMERO DE DOCUMENTO | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO | EPS / EOC | TIPO AFILIACIÓN |
|---------------------|---------------------|-----------------|------------------|---------------|----------------|---------------------------|-----------|-----------------|
| CC                  | 1019048230          | ARGUELLO        | CASTILLO         | ESTEPHANIE    | DAIANA         | 2025-11                   | Sanitas   | COTIZANTE       |

## INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| EPS / EOC | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO | OBSERVACIÓN *       |
|-----------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Sanitas   | 11/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas   | 10/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas   | 09/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas   | 08/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas   | 07/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas   | 06/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas   | 05/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas   | 04/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas   | 03/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas   | 02/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ... 141 Registros en 15 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

[Volver a Consultar](#)
[Descargar](#)

## ADRES

## Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud



## Sede principal:

## Centro Empresarial Elemento

Av. El Dorado # No. 69-76, torre 1, piso 16

Código Postal 111071, Bogotá, D.C.

Línea de atención telefónica Bogotá PBX +57 601 432 27 60

Línea fija en Bogotá 601 7450924, horario de Atención: De lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

## Horarios de Atención:

Radicación de correspondencia y atención presencial: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.

Correo electrónico [correspondencia1@adres.gov.co](mailto:correspondencia1@adres.gov.co) y [correspondencia2@adres.gov.co](mailto:correspondencia2@adres.gov.co)

Línea Gratuita Nacional: 01 8000 423 737 Horario de Atención: De Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y Sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

Si necesita radicar una petición, puede realizarla vía correo electrónico a [correspondencia1@adres.gov.co](mailto:correspondencia1@adres.gov.co) y [correspondencia2@adres.gov.co](mailto:correspondencia2@adres.gov.co) o a través del siguiente enlace: <https://www.adres.gov.co/portal-del-ciudadano/pqrsd>

 [@AdresColombia](https://twitter.com/AdresColombia)

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 1 [Información general](#)
- 2 [Condiciones](#)
- 3 [Bienes y servicios](#)
- 4 [Documentos del Proveedor](#)
- 5 [Documentos del contrato](#)
- 6 [Información presupuestal](#)
- 7 **Ejecución del Contrato**
- 8 [Modificaciones del Contrato](#)
- 9 [Incumplimientos](#)

### Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

#### VER CONTRATO

#### Ejecución del Contrato

#### Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?  Sí  No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|
|------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

#### Documentos de ejecución del contrato

|                          | Descripción               | Nombre del archivo        | Cargado por |                           |                         |
|--------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE FEB 2025.pdf    | CUENTA DE FEB 2025.pdf    | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE MARZO 2025.pdf  | CUENTA DE MARZO 2025.pdf  | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE ABRIL 2025.pdf  | CUENTA DE ABRIL 2025.pdf  | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE MAYO 2025.pdf   | CUENTA DE MAYO 2025.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE JUNIO 2025.pdf  | CUENTA DE JUNIO 2025.pdf  | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE JULIO 2025.pdf  | CUENTA DE JULIO 2025.pdf  | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE AGOSTO 2025.pdf | CUENTA DE AGOSTO 2025.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE SEPT 2025.pdf   | CUENTA DE SEPT 2025.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE OCT 2025.pdf    | CUENTA DE OCT 2025.pdf    | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**  
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**  
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**Estephanie Daiana Arguello Castillo**

**C.C 1019048230 DE Bogota**

La suma de TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA PESOS (\$3.620.880), por concepto de: prestación de servicios como Medico general en el área de urgencias sede Kennedy durante el periodo de 1 al 30 de NOVIEMBRE del 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2423-2025.

*Estephanie Arguello*

**Estephanie Daiana Arguello Castillo**

**C.C 1019048230 DE Bogota**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 451870093973**

BOGOTA

SEÑORES;

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE

DECLARACION JURAMENTADA

Yo Estephanie Daiana Arguello Castillo identificada con cedula 1019048230 de Bogotá, declaro que me encuentro a cargo de la menor Luciana Luna Arguello identificada con registro civil 1014998425, motivo por el cual solicito aplicar el alivio tributario.

Atentamente;

*Estephanie Arguello*

Estephanie Arguello Castillo

Cedula 1019048230

REPUBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACION ELECTORAL  
REGISTRADURA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO

Indicativo  
Serial

55378139

NUIP 1014998425

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Aprobación  Notaría  Número 04 Consulado  Corregimiento  Inspector de Policía  Código A 3 J

País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección de Policía  
COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA D.C. - - - - -

**Datos del inscrito**

Primer Apellido LUNA - - - - - Segundo Apellido ARGUELLO - - - - -  
Nombre(s) LUCIANA - - - - -

Fecha de nacimiento Año 2016 Mes JUL Día 29 Sexo (en letras) FEMENINO - - - - - Grupo sanguíneo A - - - - - Factor RH POSITIVO - - - - -

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

**Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos** CERTIFICADO DE NACIDO VIVO - - - - -

**Número certificado de nacido vivo** 13576574-4-

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos ARGUELLO CASTILLO ESTEPHANIE DAIANA - - - - -

Documento de identificación (Clase y número) C.C 1.019.048.230 DE BOGOTA D.C. - - - - -

Nacionalidad COLOMBIANA - - - - -

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos LUNA ACUÑA WILMAR ALEXANDER - - - - -

Documento de identificación (Clase y número) C.C 1.023.874.494 DE BOGOTA D.C. - - - - -

Nacionalidad COLOMBIANA - - - - -

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos LUNA ACUÑA WILMAR ALEXANDER - - - - -

Documento de identificación (Clase y número) -C.C 1.023.874.494 DE BOGOTA D.C. - - - - -

Firma *[Firma]*

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos - - - - -

Documento de identificación (Clase y número) - - - - -

Firma - - - - -

**Datos segunda testigo**

Apellidos y nombres completos - - - - -

Documento de identificación (Clase y número) - - - - -

Firma - - - - -

**Fecha de inscripción** Año 2016 Mes AGO Día 01

**Nombre y firma del funcionario que autoriza** CERVELEON RODRIGUEZ HERRERA

Nombre y firma *[Firma]*

**Reconocimiento paterno**

Nombre (firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento) CERVELEON RODRIGUEZ HERRERA.

Firma *[Firma]*

ESPACIO PARA NOTAS

TOMO 65 FOLIO 294



REPUBLICA DE COLOMBIA  
EL REGISTRO DE NACIMIENTOS  
BOGOTÁ D.C. 64  
El Notario Certifico:  
que en virtud de lo dispuesto en el artículo 114 del Código de Procedimiento Civil y el artículo 114 del Código de Procedimiento Civil de esta ciudad, he inscrito en el libro de este registro el nacimiento del niño de sexo masculino, el día 29 de Julio de 2016, en Bogotá D.C., a las 11:23 horas de la mañana.

*[Firma]*  
24 ENE 2019



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO