

<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 NORTE DE SANTANDER CENTRO DE LA INDUSTRIA LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS REG. NORTE DE SANTANDER Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional	54
			Código Centro	953710
			Fecha Elaboración	Febrero de 2026
			Versión	ENERO - 1,26
			ID de Proceso	87645-952294
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: ANA KARINA LOBO DAVILA		Banco a consignar: BANCOLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía 1.091.653.297		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: akarinal@misena.edu.co		Número de Cuenta: 08877398014		
IP/N° 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		SI
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?				
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600				
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)				
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?				
Concepto del pago corresponde a: Ninguno				
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%				
DATOS DEL CONTRATO				
N° del contrato:	8889785/2026	N° Compromiso SIIF	38826	Número de pagos durante la vigencia del contrato
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		CO1.PCCNTR.8889785 CPE NO. 54-9-2026-000656. 8 CONTRATACIÓN DE INSTRUCTORES. OBJETO:PRESTAR SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÓN TITULADA O COMPLEMENTARIA EN LOS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES EN EL		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del	02/02/2026	Al	28/02/2026	Saldo Anterior del Contrato:
Número de pago	1			Valor Total del Contrato:
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00		Nuevo Saldo del Contrato:	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios		\$ 4.737.497	Ninguno	
Ingresos por comisiones		\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 4.737.497	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.785.747	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
		Febrero	Enero	Base retención en la fuente a titulo de RENTA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	0000	Base retención en la fuente a titulo de ICA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.894.999	\$ 0	Valor base IVA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 236.900	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 303.200	\$ 0	Menos Retención en la Fuente
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA
ARL I		\$ 9.900	\$ 0	Reteica - 8299 - CUCUTA
		\$		
		\$		
		\$		
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -		
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -		Estampilla Departamental
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		Otras Retenciones
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		Otras Retenciones
Dependientes hasta		\$ 473.750		Otras Retenciones
Salud hasta		\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones
Renta Exenta 25%		\$34.479.550	\$ 928.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		\$		Descuentos de embargo (Si tiene)
				VALOR A PAGAR
				\$4.642.747,00
SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS MICTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
oreientar formacion profesional integral en el área de asistencia adiministrativa derechos fundamentales mes de febrero 120 hora				
ficha: 3157917: 35 horas				
ficha: 3157627: 12 horas				
ficha: 3157956 : 21 horas				
ficha: 3158389: 15 horas				
ficha: 3158261: 13 horas				
ficha: 3158379: 4 horas				
ficha: 3158262 : 20 horas				
40 horas: induccion para el alistamieto de la formacion profesional integral : 160 horas				
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> <div>ANA KARINA LOBO DAVILA EL CONTRATISTA</div>		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:		Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;		Firmado digitalmente por ALBA GISELA ARAQUE OROZCO Fecha: 2026.03.10 16:03:35 -05'00'		
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;		ALBA GISELA ARAQUE OROZCO INSTRUCTOR		
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.				
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 HUGO LEON TABORDA OCAMPO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				



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 Ana Karina Lobo Davila, identificado(a) con CC número 1091653297, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1091653297
NOMBRES Y APELLIDOS	Ana Karina Lobo Davila
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
PARENTESCO	Conyuge
FECHA DE NACIMIENTO	15/03/1986
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/07/2013
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	356 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	39 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	21/01/2025
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

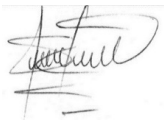
CEDULA DE CIUDADANIA 1091653297 Trabajador Independiente
Desde 14/01/2026 - Vigente

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANA KARINA LOBO DAVILA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1091653297**, se encuentra afiliado/a desde **01/10/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 13 de enero de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

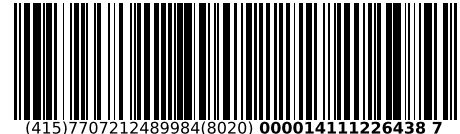
Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario

141112264387



(415)7707212489984(8020) 000014111226438 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 9 1 6 5 3 2 9 7

6. DV

4

12. Dirección seccional

Impuestos de Cúcuta

14. Buzón electrónico

7

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1

3

26. Número de Identificación

1 0 9 1 6 5 3 2 9 7

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1

6

9

29. Departamento

Norte de Santander

5

4

30. Ciudad/Municipio

Ocaña

4

9

8

31. Primer apellido

LOBO

32. Segundo apellido

DAVILA

33. Primer nombre

ANA

34. Otros nombres

KARINA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1

6

9

39. Departamento

Norte de Santander

5

4

40. Ciudad/Municipio

Ocaña

4

9

8

41. Dirección principal

C R 8 8 A 0 6 L A C O S T A

42. Correo electrónico

akarinald@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 8 7 8 8 0 5 2 3

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

6 9 2 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 7 0 2 0 6

Actividad secundaria

48. Código

8 5 5 1

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 7 0 2 0 6

Otras actividades

50. Código

4 7 8 2

Ocupación

51. Código

2 4 1 1

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	4	9																						

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo



Hace constar:

Que el Sr(a) ANA KARINA LOBO DAVILA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1091653297 realizó el día 24/02/2026 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo ANA KARINA LOBO DAVILA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1091653297 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

ANA KARINA LOBO DAVILA identificado con CC. 1091653297 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Tipo y Numero de Documento	NI - 8999999034

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/02/03	Fecha inicio contrato	2026/02/02
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/11/30
Riesgo	1	Código actividad económica	1855101 - FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE
Estado afiliación	Activo		
Fecha retiro		Estado del contrato	Activo

Esta certificación se expide a los 6 días del mes de marzo 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: **CC06032026A1091653297L12594148**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
Nit. 860.011.153-6 | **Línea Gratuita Nacional:** (+57) 01-8000-111-170 - **Teléfono:** +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de



San José de Cúcuta, 28 de febrero de 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

La Ciudad

Asunto: Información solicitada por el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013

Dando cumplimiento a lo establecido con el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013, y como persona actualmente residente en Colombia que durante el año calendario actual les estará cobrando rentas de trabajo (salarios, u honorarios, o comisiones, o servicios personales, o emolumentos eclesiásticos, etc.), suministro a ustedes la siguiente información para efectos de que ustedes mismos definan el valor de la retención en la fuente que se ha de aplicar a los valores a mi favor por concepto de rentas de trabajo:

- a. Durante el año gravable 2025, el 80% o más de mis ingresos brutos **sí** provinieron de la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
- b. Durante el año gravable 2025, el 80% o más de mis ingresos brutos **sí** provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieren la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
- c. Por el año gravable 2025, soy una persona natural que **si** quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano.
- d. Por el año gravable 2025, soy una persona natural que **no** obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT (\$69.718.600).
- e. Por el año gravable 2025, **sí** desarrollé una de las actividades señaladas en el [artículo 340 del Estatuto Tributario](#) y si la desarrollé no representó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
- f. Por el año gravable 2025, **no** presté servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.

En constancia de lo anterior, firmo en San José de Cúcuta a los 28 días del mes de febrero de 2026

Ana karina lobo
C.C. 1.091.653.297



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 28 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 párrafo 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.	1092185949	ana lucia diaz lobo	HIJO
R.C	1092191913	Arthur Antunes diaz lobo	HIJO
R.C	1092195157	Joao pedro diaz lobo	HIJO
C.C	37315663	Carmen Maria Davila	MADRE



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: Ana Karina Lobo Davila

C.C. 10191.653.297



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

DESPEPENDIBLE
USO INFORMATIVO
SECRETARÍA DE JUSTICIA Y DEL
INTERIOR

NUIP 1092191913

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

60654827

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 14 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código N 4 Q

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

COLOMBIA NORTE DE SANTANDER OCAÑA NOTARIA PRIMERA

Datos del inscrito

Primer Apellido

DIAZ

Segundo Apellido

LOBO

Nombre(s)

ARTHUR ANTUNES

Fecha de nacimiento

Año 2019

Mes

SEP

Día

18

Sexo (en letras)

MASCULINO

Grupo sanguíneo

NO

Factor RH

POSITIVO

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

COLOMBIA NORTE DE SANTANDER OCAÑA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO DANE

Número certificado de nacido vivo

15478345-1

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

LOBO DAVILA ANA KARINA

Documento de Identificación (Clase y número)

C.C. 1.091. 653. 297 DE OCAÑA N. DE S.

Nacionalidad

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

DIAZ BUSTOS EDSON ARANTES

Documento de Identificación (Clase y número)

C.C. 88. 282. 556 DE OCAÑA N. DE S.

Nacionalidad

COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

DIAZ BUSTOS EDSON ARANTES

Documento de Identificación (Clase y número)

C.C. 88. 282. 556 DE OCAÑA N. DE S.

Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de Inscripción

Año 2019

Mes

SEP

Día

27

Nombre y firma del funcionario que autoriza

DRA NIDIA CELIS ARRUERO NOTARIA 1a.

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



REGISTRADURIA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

62992264

NUIP 1092195157

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código N 4 Q

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

COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - OCAÑA - NOTARIA 1 OCAÑA

Datos del inscrito

Primer Apellido DIAZ Segundo Apellido LOBO

Nombre(s) JOAO PEDRO

Fecha de nacimiento Año 2 0 2 5 Mes N O V Día 1 7 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo A Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - OCAÑA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

25118810391908

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

LOBO DAVILA ANA KARINA

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 1091653297

Nacionalidad

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

DIAZ BUSTOS EDSON ARANTES

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 88282556

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

DIAZ BUSTOS EDSON ARANTES

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 88282556

Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción

Año 2 0 2 5 Mes N O V Día 2 4

Nombre y firma del funcionario que autoriza

NIDIA CELIS YARURO

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

NIDIA CELIS YARURO

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS: TOMO 5; FOLIO 255; 24/11/2025

NIDIA CELIS YARURO
NOTARIA PRIMERA
OCAÑA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.092.185.949

DIAZ LOBO

APELLIDOS

ANA LUCIA

NOMBRES

Ana Lucía Díaz Lobo

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 05-FEB-2015
OCAÑA
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO
05-FEB-2033

FECHA DE VENCIMIENTO
20-ABR-2022 OCAÑA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

O+ **F**
G S RH SEXO


REGISTRAL NACIONAL
BOGOTÁ D.C.

INDICE DERECHO



P-3506100-01291768-F-1092185949-20220426

0078890853A 1

8504571494

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **37.315.663**

DAVILA HERNANDEZ

APELLIDOS
CARMEN MARIA

NOMBRES

Carmen Maria Davila Hernandez

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO **20-JUL-1956**

TAMALAMEQUE
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

02-NOV-1981 OCAÑA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2506100-00118381-F-0037315663-20061031 0005117402A 1 7380002461