Fecha de diligenciamiento
01/04/2026

Año SMMLV	Salario mínimo mensual vigente	Valor UVT 2026
2026	$ 1.750.905	$ 52.374

CONVENCIONES DILIGENCIAMIENTO FORMATO			
Campo a diligenciar si así se requiere	Campo restringido, no diligenciar	Campo formulado, no diligenciar	Campo de obligatorio diligenciamiento

DATOS PERSONALES

Tipo de identificación	Número de identificación	Dígito de verificación	Ciudad de expedición	Nombres y apellidos	Dirección	Ciudad	Teléfono	Responsable de IVA	Cotiza a Pensión
CC	5.829.388	1	Ibagué	FERNANDO LARGACHA TORRES	Carrera 5a#112-12	Bogotá D.C	3113668187	SI	SI

INFORMACIÓN CONTRACTUAL

# Contrato	Fecha del contrato	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Objeto de Contrato	VALOR INICIAL CONTRATO	ADICIÓN
020 DEL 25 DE ENERO DE 2026	25/01/2026	26/01/2026	25/07/2026	OJ- 004 -PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS DE MANERA INDEPENDIENTE, CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y SOPORTE JURÍDICO EN MATERIA DISCIPLINARIA, PENAL Y DE RESPONSABILIDAD FISCAL AL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL.	$ 71.766.630	$ -

CONTROL DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL Y CONTRACTUAL DEL CONTRATO

Periodo a radicar	No. Desembolso	Fecha Inicial actividades	Fecha final de actividades	Días de ejecución	EJECUCIÓN MENSUAL	SALDO POR EJECUTAR	% EJECUCIÓN
X	1	26/01/2026	25/02/2026	30	$ 11.961.105	$ 59.805.525	16,67%
	2			0	$ -	$ 59.805.525	16,67%
	3			0	$ -	$ 59.805.525	16,67%
	4			0	$ -	$ 59.805.525	16,67%
	5			0	$ -	$ 59.805.525	16,67%
	6			0	$ -	$ 59.805.525	16,67%
	7			0	$ -	$ 59.805.525	16,67%
	8			0	$ -	$ 59.805.525	16,67%
	9			0	$ -	$ 59.805.525	16,67%
	10			0	$ -	$ 59.805.525	16,67%
	11			0	$ -	$ 59.805.525	16,67%
	12			0	$ -	$ 59.805.525	16,67%

Marcar solamente con una **X**, el periodo a cobrar

LIQUIDACIÓN APORTES A SEGURIDAD SOCIAL - HUSJDMI

				12,50%	16%		0,522%		
No. Desembolso	Fecha Inicial actividades	Fecha final de actividades	IBC	APORTE SALUD	APORTE PENSIÓN	APORTE FSP	APORTE ARL	TOTAL APORTES	PLANILLA O PLANILLA
1	26/01/2026	25/02/2026	$ 4.020.539	$ 502.600	$ 643.300	$ -	$ 21.000	**$ 1.166.900**	4648883729
2			$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	**$ -**	
3			$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	**$ -**	
4			$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	**$ -**	

5			$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	**$ -**	
6			$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	**$ -**	
7			$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	**$ -**	
8			$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	**$ -**	
9			$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	**$ -**	
10			$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	**$ -**	
11			$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	**$ -**	
12			$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	**$ -**	

REDUCCIÓN	VALOR ACTUAL CONTRATO	DÍAS EJECUCIÓN CONTRATO
$ -	**$ 71.766.630**	**180**

APORTES REALIZADOS A PILA					DIFERENCIA APORTES			
PERIODO PLANILLA	APORTE SALUD	APORTE PENSIÓN	APORTE FSP	APORTE ARL	APORTE SALUD	APORTE PENSIÓN	APORTE FSP	APORTE ARL
2026-1	$ 598.100	$ 765.600		$ 25.000	$ -	$ -	$ -	$ -
					$ -	$ -	$ -	$ -
					$ -	$ -	$ -	$ -
					$ -	$ -	$ -	$ -

					$ -	$ -	$ -	$ -
					$ -	$ -	$ -	$ -
					$ -	$ -	$ -	$ -
					$ -	$ -	$ -	$ -
					$ -	$ -	$ -	$ -
					$ -	$ -	$ -	$ -
					$ -	$ -	$ -	$ -
					$ -	$ -	$ -	$ -

DECLARACIÓN JURAMENTADA
DEPURACIÓN DE BASE DE CÁLCULO DE RETENCIÓN

Bogotá D.C.,

Señores
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL - HUSJDMI
Ciudad

De acuerdo a lo establecido en el Estatuto Tributario, Ley 2277 del 13 de diciembre de 2022 Reforma tributaria para la igualdad y justicia social, Decreto 1625 del 11 de octubre de 2016 y sus modificaciones, Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, **bajo la gravedad de juramento certifico que**:

Marque SI o NO porque son excluyentes

1.	Soy declarante del impuesto de renta en los términos definidos por la normatividad vigente	**SI**	**X**	**NO**		
2.	Soy responsable del impuesto a las ventas - IVA	**SI**	**X**	**NO**		
3.	Que en el año anterior o en el año en curso he obtenido ingresos brutos totales provenientes de Contratos con el Estado igual o supérior a 4.000 UVT. Valor para el año 2026: $209496000	**SI**	**X**	**NO**		Si la suma de estos contratos es igual o superior a 4.000 UVT es responsable de IVA y debe expedir factura
4.	Pertenezco al régimen simple de tributación - RST según lo estipulado en el RUT	**SI**		**NO**	**X**	Marque "SI" solo si en el RUT tiene la responsabilidad 47
5.	Autorizo que se determine la retención en la fuente conforme al art. 9 del Decreto 2231 de 2023. Se refiere a que se depurará la base aplicando la retención en la fuente por salarios, en caso de marcar no, se aplica el concepto de Honorarios (tarifa del 10% u 11%, según sea el caso)	**SI**	**X**	**NO**		Se aplicará la tarifa de retención en la fuente establecida en el articulo 392 del E.T. según el caso. No diligenciar ni marcar SI en numerales 7 al 12
6.	De manera libre y espontanea manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos en la normatividad vigente, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica :					
	CONDICIÓN DEPENDENCIA	**Tipo**	**DOCUMENTO DE**	**DOCUMENTOS A APORTAR**		
	Hijo(a) hasta los 18 años de edad	TI	1.019.06.916	Registro civil de nacimiento del hijo(a)		
	Hijo(a) hasta los 18 años de edad	TI	1.019.910.109	Registro civil de nacimiento del hijo(a)		
	Hijo(a) hasta los 18 años de edad	TI	1.019.910.110	Registro civil de nacimiento del hijo(a)		
	Nota: El certificado de antecedentes disciplinarios en ningún caso podrá ser mayor a 90 días.					
7.	Realicé el pago de intereses por préstamo de vivienda	**SI**		**NO**	**X**	
8.	Realizo ahorros en cuentas AFC (Ahorro para el fomento de la construcción)	**SI**		**NO**	**X**	
9.	Realizo aportes voluntarios a Fondos de Pensiones (Diferentes a los obligatorios)	**SI**		**NO**	**X**	
10.	Realicé el pago de planes de medicina prepagada y/o pólizas de salud	**SI**	**X**	**NO**		Adjuntar certificado expedido por la entidad correspon
11.	Soy Pensionado	**SI**		**NO**	**X**	
12.	Solicité la devolución de aportes al fondo de pensiones	**SI**		**NO**	**X**	
13.	**PAGO MES ACTUAL DE SEGURIDAD SOCIAL:** He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social, en debida forma, correspondiente a los ingresos relacionados con la **presente** cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el parágrafo 2 del artículo 108 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.16 del Decreto Único Reglamentario 1625 de 2016, según consta en el soporte adjunto.	**SI**	**X**	**NO**		
14.	**PAGO MES VENCIDO DE SEGURIDAD SOCIAL:** He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en debida forma, en relación con los ingresos recibidos del mes anterior (Pago mes vencido de Seguridad Social, No aplica para deducción de la base de retención en la fuente de la presente cuenta).	**SI**		**NO**	**X**	
15.	Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.					
16.	Informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a categoría tributaria.					

Para constancia se expide y se firma a los 4 días de marzo del 2026.



FERNANDO LARGACHA TORRES
CC 5829388
Contrato de prestación de servicios No. 020 DEL 25 DE ENERO DE 2026 del 25 de enero de 2026

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	5829388
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FERNANDO LARGACHA TORRES
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 5 A #112-12	TELÉFONO:	2667891
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades jurídicas.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6012156294**			TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero AÑO 2026			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	25				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/03/17			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	148825468
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	6001521233			FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2026/03/02

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230901	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	1	$ 56.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 900	$ 0	$ 56.200	$ 900	$ 57.100
SUBTOTALES:										**$ 56.200**	**$ 900**	**$ 57.100**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 43.900	$ 0	$ 800	$ 0	$ 43.900	$ 800	$ 0	$ 44.700
SUBTOTALES:													**$ 43.900**	**$ 800**	**$ 0**	**$ 44.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 1.800	$ 1.800	$ 100	$ 0	$ 1.900
SUBTOTALES:									**$ 1.800**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 1.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD					ARP						CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 5829388	LARGACHA TORRES FERNANDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 3.030.000				NO							A										230901-SKANDIA OBLIGATORIO	30	$ 3.030.000	$ 484.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 484.800	EPS001-ALIANSALUD S.A	30	$ 3.030.000	$ 378.800	$ 0	$ 378.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 3.030.000	5829388	$ 15.900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 5829388	LARGACHA TORRES FERNANDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 3.030.000				NO							C	01-24 25-30									230901-SKANDIA OBLIGATORIO	30	$ 3.380.889	$ 541.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 541.000	EPS001-ALIANSALUD S.A	30	$ 3.380.889	$ 422.700	$ 0	$ 422.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 3.380.889	5829388	$ 17.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 5829388	LARGACHA TORRES FERNANDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 3.030.000				NO							R	01-24 25-30									230901-SKANDIA OBLIGATORIO	0	$ 350.889	$ 56.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 56.200	EPS001-ALIANSALUD S.A	0	$ 350.889	$ 43.900	$ 0	$ 43.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	0	$ 350.889	5829388	$ 1.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 103.700

achSOI Pagos de Seguridad Social
DAVIVIENDA
Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	5829388
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FERNANDO LARGACHA TORRES
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 5 A #112-12	TELÉFONO:	2667891
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades jurídicas.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6001521233**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero	AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	10				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/03/02			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	97233607

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230901	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	1	$ 484.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.100	$ 0	$ 484.800	$ 3.100	$ 487.900
SUBTOTALES:										**$ 484.800**	**$ 3.100**	**$ 487.900**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 378.800	$ 0	$ 2.500	$ 0	$ 378.800	$ 2.500	$ 0	$ 381.300
SUBTOTALES:													**$ 378.800**	**$ 2.500**	**$ 0**	**$ 381.300**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 15.900	$ 15.900	$ 200	$ 0	$ 16.100
SUBTOTALES:									**$ 15.900**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 16.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 5829388	LARGACHA TORRES FERNANDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 3.030.000				NO																	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	30	$ 3.030.000	$ 484.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 484.800	EPS001-ALIANSALUD S.A	30	$ 3.030.000	$ 378.800	$ 0	$ 378.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 3.030.000	5829388	$ 15.900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 885.300

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	5829388
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FERNANDO LARGACHA TORRES
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 5 A #112-12	TELÉFONO:	2667891
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades jurídicas.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4648883729**	TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		40			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		187966308
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		6012156294	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		2026/03/17

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230901	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	1	$ 224.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 5.800	$ 0	$ 224.600	$ 5.800	$ 230.400
SUBTOTALES:										**$ 224.600**	**$ 5.800**	**$ 230.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 175.400	$ 0	$ 4.600	$ 0	$ 175.400	$ 4.600	$ 0	$ 180.000
SUBTOTALES:													**$ 175.400**	**$ 4.600**	**$ 0**	**$ 180.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7.300	$ 7.300	$ 200	$ 0	$ 7.500
SUBTOTALES:									**$ 7.300**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 7.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD					ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 5829388	LARGACHA TORRES FERNANDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 3.030.000				NO							A	01-24 25-30										230901-SKANDIA OBLIGATORIO	30	$ 3.380.889	$ 541.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 541.000	EPS001-ALIANSALUD S.A	30	$ 3.380.889	$ 422.700	$ 0	$ 422.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 3.380.889	5829388	$ 17.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 5829388	LARGACHA TORRES FERNANDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 3.030.000				NO							C	01-30										230901-SKANDIA OBLIGATORIO	30	$ 4.784.442	$ 765.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 765.600	EPS001-ALIANSALUD S.A	30	$ 4.784.442	$ 598.100	$ 0	$ 598.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 4.784.442	5829388	$ 25.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 5829388	LARGACHA TORRES FERNANDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 3.030.000				NO							R	01-30										230901-SKANDIA OBLIGATORIO	0	$ 1.403.553	$ 224.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 224.600	EPS001-ALIANSALUD S.A	0	$ 1.403.553	$ 175.400	$ 0	$ 175.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	0	$ 1.403.553	5829388	$ 7.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 417.900

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	5829388
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FERNANDO LARGACHA TORRES
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 5 A #112-12	TELÉFONO:	2667891
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades jurídicas.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6010455804**			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/03/06		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		118726872	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230901	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	1	$ 765.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 765.600	$ 0	$ 765.600
SUBTOTALES:										**$ 765.600**	**$ 0**	**$ 765.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 598.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 598.100	$ 0	$ 0	$ 598.100
SUBTOTALES:													**$ 598.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 598.100**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 25.000	$ 25.000	$ 0	$ 0	$ 25.000
SUBTOTALES:									**$ 25.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 25.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 5829388	LARGACHA TORRES FERNANDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 4.784.442				NO																	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	30	$ 4.784.442	$ 765.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 765.600	EPS001-ALIANSALUD S.A	30	$ 4.784.442	$ 598.100	$ 0	$ 598.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 4.784.442	5829388	$ 25.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 1.388.700

Planilla Pagada

FERNANDO LARGACHA TORRES
NIT: 5829388-1
Régimen: Responsable del impuesto sobre las ventas –IVA
Persona Natural
CR 11 A 112 35, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia, CP 11001
Tel. 3138904640
Email. largachafernando@hotmail.com
Correo: largachafernando@hotmail.com
Autorización factura electrónica de venta No. 18764104928182 válida desde 2026-01-23 hasta 2026-07-23 rango desde FEFL-96 hasta FEFL-300.

Nombre o Razón Social: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL
NIT : 901933432-0
Dirección: CR 133276, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono: 6013305000
Email: Presupuestohusjdmi@gmail.com

Forma de Pago: Crédito
Medio de Pago: Otro
Fecha de Pago: 06/03/2026
Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA : **FEFL - 99**
MONEDA: **COP Colombia, Pesos**
HORA EMISIÓN: **19:44:01-05:00**
FECHA FIRMADO: **04/03/2026 14:44:05**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
04	03	2026	06	03	2026

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	1	Honorarios Asesoría Jurídica Primer pago correspondiente al contrato No. 020 del 25 de enero de 2026 dentro del periodo comprendido entre el 26 de enero al 25 de febrero de 2026.	WSD	1,00	$10.051.348,74	IVA	19%	$1,909,756.26	0,00	$10.051.348,74

Notas:

SON: (once millones novecientos sesenta y un mil ciento cinco pesos)
CUFE: 92ce85354781b0049be46bc222ceaa7d443ed140b5f19968150531507c0959b52ad732de524c7fe3c0b32b47627dc804

Subtotal:	$10.051.348,74
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
IVA:	$1.909.756,26
Total:	$11.961.105,00

IMPUESTO	BASE	TARIFA / VALOR NOMINAL	IMPORTE
IMPUESTOS			
01 IVA	$10.051.348,74	19,00%	$1.909.756,26

Firma Digital: orVhFZlp5sULT5cwKj1Op4uCztIpE/Z7QkUgIeGtx3MaecNNrqwzXlbSx5BpMtfK
9B2xwGXUhzkPjhDE+BpeQ0CizD+CdOvQU6rPD7DuTPIcqp5okF
3NNCriD2QvRkzr kE4LLXehwOiGr39RBPf+RpowgTnQ/3Xwkj4YgreJvT1PL4V6pbtKYMAuPAfQ4+CS bXddsxhZYkcX1cKh2rMMZBDY/QuZnBTC/pp
4eUyaIIUuNbZsrlyHkONZbrFlYwXU GxnCPnLH3iYZhGchr0m50p4WPz8J3t+WnN8AtgjSjE8Xmi0HkTSb1Iv6M+VQIxcu db2heQd3YIZEoWusbWgl
vg==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA

NIT: 800.106.339-1

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

A QUIEN INTERESE

FERNANDO LARGACHA TORRES identificado(a) con **CC** número **5829388** ,es el titular del contrato número **50011392** correspondiente al plan **ZAFIRO ELITE** .

La información de los beneficiarios pertenecientes a este contrato es la siguiente:

NB	Nombres y apellidos	Identificación	Estado
3	EMILIO LARGACHA GONZALEZ	TI 1019910109	VIGENTE
4	FERNANDO LARGACHA GONZALEZ	TI 1019910110	VIGENTE
5	LUCIA LARGACHA GONZALEZ	TI 1019906916	VIGENTE

OBSERVACIONES Los beneficiarios Lucia Largacha, TI 1019906916, Emilio Largacha, TI 1019910109, Fernando Largacha, TI 1019910110 fueron afiliados bajo el beneficio de Bebé Gestante con cobertura de enfermedades congénitas.

La presente se expide a solicitud del interesado al 12° dia del mes de marzo de 2026 BOGOTA



Firma autorizada

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO COMO UNA CERTIFICACION DE PREEXISTENCIAS

La presente comunicación es emitida en nombre de la sociedad COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA S.A., en virtud de la fusión realizada entre esta y Humana Medicina Prepagada protocolizada mediante escritura pública No. 1376 otorgada en la Notaria 39 del Círculo de Bogotá, registrada en la Cámara de Comercio de Bogotá el mismo dia.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **05/03/2026**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor FERNANDO LARGACHA TORRES** con **Cédula de Ciudadanía** número **5829388**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550450800115476**
Fecha de apertura	**04/10/2007**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14760616822

(415)7707212489984(8020) 000001476061682 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 8 2 9 3 8 8	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 8 2 9 3 8 8	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LARGACHA	TORRES	FERNANDO	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 6 26 85 P 12

42. Correo electrónico servilegal-ltda@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	2 8 2 8 6 3 4	3 1 3 8 9 1 4 8 8 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
6 9 1 0	2 0 0 7 0 2 1 4						

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	2	2	4	8	5	2																			

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
22- Obligado a cumplir deberes formales a
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico

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 61. Fecha 2021-05-19 / 02:47:18PM

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 LARGACHA TORRES FERNANDO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:03/09/2024

CONTRIBUYENTE	C.C. 5829388	FERNANDO LARGACHA TORRES

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 11A 112 35 Teléfonos: 3138914886

Dirección electrónica: largachafernando@hotmail. Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: COMUN Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 18/11/2011 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 69101 - Actividades jurídicas como consultoría profesional

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

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

NUIP 1019906916

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51163085

51163085

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☐ Número 42 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 5 F

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

COLOMBIA — CUNDINAMARCA — BOGOTÁ D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)
LARGACHA	GONZALEZ	LUCIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012 Mes SEP Día 16	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA — CUNDINAMARCA — BOGOTA D.C

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	11656996-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: GONZALEZ ARDILA ROCIO DEL PILAR

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. # 38.143.622 DE IBAGUE	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: LARGACHA TORRES FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.# 5.829.388 DE IBAGUE	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: LARGACHA TORRES FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. # 5.829.388 DE IBAGUE	

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 2012 Mes SEP Día 17

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JUAN CARLOS VARGAS JARAMILLO

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

EN BLANCO

NOTARIA CUARENTA Y DOS

Juan Carlos Vargas Jaramillo
Notario
42

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A. NIT 860.005.060-2 TEL. 381 0240

COMO NOTARIO 42 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C., DOY FE QUE ESTA COPIA ES REPRODUCCIÓN MECÁNICA, FIEL Y COMPLETA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARÍA. LA QUE EXPIDO CON DESTINO A: **DEMOSTRAR PARENTESCO**.

A SOLICITUD DE: **FERNANDO LARGACHA TORRES**

IDENTIFICADO: **C.C.# 5.829.388 DE IBAGUE**

ARTÍCULO 1°, DECRETO LEY 278 DE 1972

DADA EN BOGOTÁ D.C., **28 de mayo de 2014**

Juan Carlos Vargas Jaramillo Notario 42

JUAN CARLOS VARGAS JARAMILLO
NOTARIO CUARENTA Y DOS (42)
DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1019910110

Indicativo Serial 56152692

5615269 2

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 42 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 5 F

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

COLOMBIA — CUNDINAMARCA — BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido: LARGACHA

Segundo Apellido: GONZALEZ

Nombre(s): FERNANDO

Fecha de nacimiento: Año 2014 Mes SEP Día 21

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo sanguíneo: A

Factor RH: POSITIVO

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

COLOMBIA — CUNDINAMARCA — BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 13085899-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: GONZALEZ ARDILA ROCIO DEL PILAR

Documento de Identificación (Clase y numero): C.C. No. 38143622 DE IBAGUE

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: LARGACHA TORRES FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número): C.C. No. 5829388 DE IBAGUE

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: LARGACHA TORRES FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número): C.C. No. 5829388 DE IBAGUE

Firma: declarante

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 SEP Día 23

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JUAN CARLOS VARGAS JARAMILLO

Número 42

Juan Carlos Vargas Jaramillo Notario 42

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

EN BLANCO

NOTARÍA CUARENTA Y DOS

Juan Carlos Vargas Jaramillo Notario 42

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Escaneado con CamScanner

COMO NOTARIO 42 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C., DOY FE QUE ESTA COPIA ES REPRODUCCIÓN MECÁNICA, FIEL Y COMPLETA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARÍA. LA QUE EXPIDO CON DESTINO A: **DEMOSTRAR PARENTESCO.**

A SOLICITUD DE: **FERNANDO LARGACHA TORRES**

IDENTIFICADO: **C.C # 5.829.388 DE IBAGUE**

ARTÍCULO 1°, DECRETO LEY 278 DE 1972.

DADA EN BOGOTÁ D.C.; **23 de septiembre de 2014**

Juan Carlos Vargas Jaramillo Notario 42 Círculo de Bogotá

JUAN CARLOS VARGAS JARAMILLO
NOTARIO CUARENTA Y DOS (42)
DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1019910109

Indicativo Serial 56152691

56152691

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 42 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 5 F

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

COLOMBIA — CUNDINAMARCA — BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido: LARGACHA

Segundo Apellido: GONZALEZ

Nombre(s): EMILIO

Fecha de nacimiento: Año 2014 Mes SEP Día 21

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo sanguíneo: A

Factor RH: POSITIVO

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

COLOMBIA — CUNDINAMARCA — BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 13085898-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: GONZALEZ ARDILA ROCIO DEL PILAR

Documento de Identificación (Clase y número): C.C. No. 38143622 DE IBAGUE

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: LARGACHA TORRES FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número): C.C. No. 5829388 DE IBAGUE

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: LARGACHA TORRES FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número): C.C. No. 5829388 DE IBAGUE

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 2014 Mes SEP Día 23

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JUAN CARLOS VARGAS JARAMILLO

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

EN BLANCO

NOTARIA CUARENTA Y DOS

República de Colombia Juan Carlos Vargas Jaramillo Notario 42 Bogotá D.C.

OFIXPRESS SAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

COMO NOTARIO 42 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C., DOY FE QUE ESTA COPIA ES REPRODUCCIÓN MECÁNICA, FIEL Y COMPLETA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARÍA. LA QUE EXPIDO CON DESTINO A: **DEMOSTRAR PARENTESCO**.
A SOLICITUD DE: **FERNANDO LARGACHA TORRES**
IDENTIFICADO: **C.C # 5.829.388 DE IBAGUE**
ARTÍCULO 1°, DECRETO LEY 278 DE 1972
DADA EN BOGOTÁ D.C., **23 de septiembre de 2014**

Juan Carlos Vargas Jaramillo
Notario
42

JUAN CARLOS VARGAS JARAMILLO
NOTARIO CUARENTA Y DOS (42)
DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ