SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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	Abril de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	10309-683854

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	SANDRA CORAL NARVAEZ	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	39.752.676	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	scoral@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24083294217
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:	9000561/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**18426**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	6

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn 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 para las jornadas diurna, nocturna, de madrugada y fines de semana, en modalidades presencial,

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2026**	**Al**	**30/04/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 15.160.003
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 24.634.997
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 10.422.506

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

		Abril	Marzo			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9502370927**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.785.747,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 303.200	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	I	$ 9.900	$ 9.900	Menos Retencion IVA	0,00	15%
		$		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%	$ 20.687.730	$ 928.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.856.000					
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

1-Registrar la asistencia e inasistencia de los grupos programados 3436578 TAA, 3388216, 388332, 3394403 de TGE y 3216400 TGA
2- Construcción de material de apoyo, talleres y actividades para las formaciones de las competencias programadas.
3-Asignar actividades de las competencias Interacción(ética), Desarrollar comunicación, Facilitar la atención a clientes y Org. event
4-Entrega de resultados del proceso desarrollado por los aprendices durante el trimestre de formación
5-Registrar las inasistencias en plataforma Sofia Plus
6- Realización de ajustes razonables para aprendiz con discapacidad cognitiva
7- Participación en reuniones programadas por el Centro de Gestión Administrativa
8- Realización de llamados de atención para aprendices con debilidades académicas y disciplinarias
9. Asignación de Planes de trabajo para aprendices con debilidades académicas durante el proceso de formación

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

SANDRA CORAL NARVAEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

NARANJO NOSSA RAFAEL ALBERTO
INSTRUCTOR G17

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)

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39752676		CORAL NARVAEZ SANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 96G N 16I 32	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
2026-03	2026-03	215703505	9502370927	I	2026/04/21	2026/04/13	BANCO CAJA SOCIAL	0	$666,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,295,000	$367,200			$2,295,000	$286,900			$0	$0			$2,295,000	$12,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,295,000	$367,200			$2,295,000	$286,900			$0	$0			$2,295,000	$12,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,295,000	$367,200			$2,295,000	$286,900			$0	$0			$2,295,000	$12,000		$0	$0
1	CC 39752676	CORAL SANDRA	25-14	30	$2,295,000	$367,200	EPS008	30	$2,295,000	$286,900		0	$0	$0	14-23	30	$2,295,000	$12,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$2,295,000	$367,200			$2,295,000	$286,900			$0	$0			$2,295,000	$12,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39752676		CORAL NARVAEZ SANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 96G N 16I 32	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
2026-03	2026-03	215703505	9502370927	I	2026/04/21	2026/04/13	BANCO CAJA SOCIAL	0	$666,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$367,200	$0	$0	$367,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$367,200	$0	$0	$367,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$12,000	$0	$0	$12,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$12,000	$0	$0	$12,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$286,900	$0	$0	$286,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$286,900	$0	$0	$286,900
TOTAL				1	$666,100	$0	$0	$666,100

Exisalud IPS
Servicios Integrales en Salud
NIT. 901.385.351-0

PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioalclienteexisalud@gmail.com

Sede Ppal. Av. Boyacá
Cel: 3235767391
Av. Boyacá No. 64 f 42

Sede Chapinero
Cel: 3145772197
Carrera 17 No. 68 - 58

Visiometria

Fecha: 08/Ene/2026, **Hora:** 11:54:15 a.m.
HC: # 90792
Apellido: CORAL NARVAEZ **Nombre:** SANDRA **Edad:** 56 años
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 39752676 **Sexo:** Femenino ♀
Direccion: CRA 96G # 16I-32
Telefono: **Celular:** 3112371278 **Email:** SANDRACORALN@YAHOO.COM **Estado Civil:** Casado
Ciudad: BOGOTA D.C. - FONTIBÓN
Responsable: - Parentesco: - Telefono:

Antiguedad en la Empresa Ingreso Antiguedad en el Cargo

Antecedentes					
Personales		**Familiares**		**Laborales**	
Hipertension Arterial	No	Hipertension Arterial	No		No
Diabetes	No	Diabetes	No		No
Hipercolesterolemia	No	Glaucoma	No		No
Glaucoma	No	Cataratas	No		No
Migraña	No	Miopía	No		No
Cataratas	No	Astigmatismo	No		No
Cirugías Oculares	No	Hipermetropía	No		No
Traumas Oculares	No				
Cuerpos Extraños	No				
Hipermetropía	No				
Astigmatismo	No				
Miopía	No				

Correccion	
Usa Lentes	Si
Solo Cerca	Si
De Contacto	No
Solo Lejos	No
Permanentes	No
Bifocales / Progresivos	No
Presenta corrección óptica durante el examen	Si

Evaluacion					
Agudeza Visual	**Vision de Lejos SC**	**Vision de Cerca SC**	**VL CC**	**VP CC**	**ADD**
O.D.	20/20	1.75m		0.50 M	
O.I.	20/20	1.75m		0.50 M	
A.O.	20/20	1.75m		0.50 M	

Examen Externo					
Percepcion del Color			**Convergencia**		
Percepcion Anormal	No		Lejos		No
			Cerca		No

Interpretacion	Lejos		Cerca	
	Derecho	**Izquierdo**	**Derecho**	**Izquierdo**
Agudeza Visual Normal	X	X		

Patologia de Refraccion

PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioaldclienteexisalud@gmail.com
Sede Ppal. Av. Boyacá
Cel: 3235767391
Av. Boyacá No. 64 f 42
Sede Chapinero
Cel: 3145772197
Carrera 17 No. 68 - 58

Adecuadamente Corregida	X	X
Inadecuadamente Corregida		
No Corregida		

Interpretacion	Normal	Anormal
Vision de Profundidad	X	
Percepcion de Colores	X	
Forias	X	
Vision Periferica	X	

Concepto

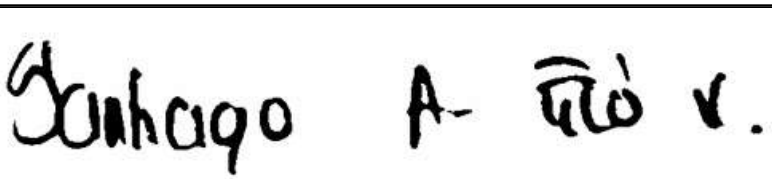
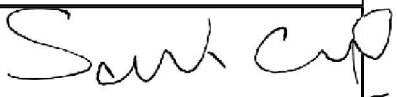
Cumple actualmente requerimiento ocupacional: Si X No

Recomendaciones

Debe usar correccion para laborar	Si X No	Valoracion por Optometria	Si No X	Valoracion por Oftalmologia	Si No X	Se recomienda control de Visiometria	en 12 Meses

Conducta

Dx: H524. Buenas Condiciones Visuales, Seguir Con El Uso De Lentes De Lectura, Se Explica Estado Visual, Se Recomienda Control Anual Con Optometría Para Verificar Estado Visual, Se Sugiere Buenas Condiciones De Iluminación En Sitio De Trabajo Y Realizar Pausas Activas Visuales Durante La Jornada Laboral, En Actividades Que Lo Ameriten Hacer Uso De Elementos De Protección Personal, En Actividades Con Uso De Dispositivos O Pantallas Distancia Adecuada De Las Mismas Y Lavado De Manos De Manera Frecuente.

Firma Medico		Firma Paciente
		
Santiago alberto filo velásquez Optometra **Lic. de S.O #:** 6268 **Registro #:** 11/08/2023		Sandra coral narvaez CC 39752676

FECHA DEL EXAMEN	08/01/2026 14:21
IPS Exisalud Servicios Integrales en Salud	VALORACIÓN POR PSICOLOGÍA
TIPO DE EXAMEN	VALORACIÓN PSICOLÓGICA
DATOS DEL PACIENTE	
NOMBRE COMPLETO	Sandra Coral Narvaez
IDENTIFICACIÓN	39752676
EDAD	56 AÑOS
EMPRESA	Particular
CARGO	Instructor SENA
SEXO:	Femenino ♀
CONCEPTO	APTO +
VP(A): El candidato se encuentra dentro de un perfil normal, en sus tres esferas mentales y no se evidencia ninguna alteración socio-afectivo-emocional. En entrevista se descartan posibles trastornos.	
PSICÓLOGO	FIRMA
R. ALEJANDRO PÉREZ ARTEAGA	R. Alejandro Pérez A. Psicólogo T.P. 176387 Lic. SST.19357
TARJETA PROFESIONAL: 176387	
RESOLUCIÓN SST: 19357 DE 08/07/2024	

PCR LABORATORIO CLINICO

DRA PILAR CAÑON ROJAS

NIT 52359661-1

Paciente:	**Sandra Coral Narvaez**	**Codigo:**	**90792**
Edad:	**56 años**	**Fecha:**	**9/01/2026**
Identificación:	**39.752.676**	**Sexo:**	**56 años**

QUIMICA

Nombre del Examen	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
Glicemia Pre	97	mg/dl	70 a 110

ANDREA DEL PILAR CANON

BACTERIOLOGA U.C.M.C

REG 52359661-1

Exisalud IPS
Servicios Integrales en Salud
NIT. 901.385.351-0

PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioaldclienteexisalud@gmail.com

Sede Ppal. Av. Boyacá
Cel: 3235767391
Av. Boyacá No. 64 f 42

Sede Chapinero
Cel: 3145772197
Carrera 17 No. 68 - 58

Certificado de aptitud laboral
Examen medico ocupacional osteomuscular pre-ingreso

Fecha: 08/Ene/2026, **Hora:** 11:54:15 a.m.
Apellido: CORAL NARVAEZ **Nombre:** SANDRA
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 39752676
Empresa: PARTICULAR
Emp. Usuaria: PARTICULAR
Cargo: INSTRUCTORA
Direccion: CRA 96G # 16I-32
Telefono: **Celular:** 3112371278 **Email:** SANDRACORALN@YAHOO.COM **Estado Civil:** Casado
Ciudad: BOGOTA D.C. - FONTIBÓN
Responsable: - **Parentesco:** - **Telefono:**

HC: # 90792
Edad: 56 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 21/Mar/1969
Rh: O+

Examenes Realizados

☑ Visiometría	☑ Glicemia	☑ Valoracion psicologica	☑ Examen medico ocupacional de pre- ingreso con énfasis osteomuscular

Recomendaciones Especificas

S.V.E.

Estilo de Vida Saludable
* Ejercicio regular
* Dieta balanceada

Medicas
* Se sugiere uso de medias de compresion baja
* Usar correccion visual

Laborales
* Pausas activas
* Mantener adecuada higiene postural

Concepto
Apto para el cargo con recomendaciones

Recomendaciones Personalizadas
Uso de epp
uso de lentes

Observaciones
Covid 3 Dosis
Imc 23,94

Consentimiento Informado
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Firma Medico		Firma Paciente
Ivan dario gaviria montoya Medico especialista sst **Lic. de S.O #:** 7629 010716 **Registro #:** 70129523		Sandra coral narvaez CC 39752676

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 2 de Febrero del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

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:

TI	**1014868939**	**SEBASTIAN DAVID CALDERÓN CORAL**	**Hijo(a)**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,

SANDRA CORAL NARVAEZ
C.C. 39752676

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP	1014868939

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43560034

43560034

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 52 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 3 H

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

Datos del inscrito

Primer Apellido: CALDERON
Segundo Apellido: CORAL
Nombre(s): SEBASTIAN DAVID

Fecha de nacimiento: Año 2009 Mes ABR Día 16
Sexo (en letras): MASCULINO
Grupo sanguíneo: O
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 MEDICO O DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: 51907515 - 3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CORAL NARVAEZ SANDRA
Documento de identificación (Clase y número): C.C.No 39752676
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: CALDERON LONDOÑO CARLOS JOSE
Documento de identificación (Clase y número): C.C.No.79.521.162
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CALDERON LONDOÑO CARLOS JOSE
Documento de identificación (Clase y número): C.C.No.79.521.162
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 2009 Mes ABR Día 18

Nombre y firma del funcionario que autoriza: JULIO S. GARCIA MONTES
Nombre y firma

Reconocimiento paterno
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Nombre y firma

NOTARIA 52 DE BOGOTA, D.C.
REGISTRO CIVIL

ESPACIO PARA NOTAS

El presente Registro es copia (fotocopia) auténtica tomada del original que reposa en nuestros archivos de Registro Civil de Nacimiento. Válido para acreditar parentesco.
Se expide a solicitud de Carlos Jose Calderon
Bogotá D.C 23 ABR 2009

NOTARIA 52 DE BOGOTA
JULIO S. GARCIA MONTES
NOTARIO ENCARGADO

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR DANARANJO S.A. NIT 860.013.711-5 10-2009

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.014.868.939**

CALDERON CORAL

APELLIDOS

SEBASTIAN DAVID

NOMBRES

Sebastian calderon coral

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-ABR-2009**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

16-ABR-2027
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G S RH

M
SEXO

25-SEP-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-00964899-M-1014868939-20171229 0058976512A 1 1161633787