

 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)		Código Regional		11	
			Código Centro		940410	
	REGIONAL DISTRITO CAPITAL		Fecha Elaboración		Mayo de 2026	
	CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.		Versión		ENERO - 1.26	
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		ID de Proceso		10176-647839	
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos: CAROLINA PINZON ROMERO		Banco a consignar: DAVIVIENDA				
Cédula de Ciudadanía 52.692.447		Tipo de cuenta: AHORROS				
Correo electrónico: cpinzonr@sena.edu.co		Número de Cuenta: 770174621				
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		SI		
¿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: 8999026/2026		Nº Compromiso SIIF 8926		Número de pagos durante la vigencia del contrato 11		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar los servicios personales, de carácter temporal, de manera autónoma e independiente, para desarrollar actividades orientadas a la planeación ejecución y evaluación de la Formación Profesional Integral, conforme a la planificación definida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, de madrugada y fines de semana, en modalidades presencial,				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del 01/05/2026 Al 31/05/2026		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 35.531.227		
Número de pago 4		Valor Total del Contrato:		\$ 49.743.718		
Valor Bruto Pago: \$ 4.737.497,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 30.793.730		
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						
		Mayo	Abril	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.785.747,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	78394825	Base retención en la fuente a título de ICA	4.197.397,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 236.900	\$ 236.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 303.200	\$ 303.200	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL I		\$ 9.900	\$ 9.900	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	40.547,00	0,966%
		\$			0,00	0%
		\$			0,00	0%
		\$			0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -			0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		\$ 473.750		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta \$ 837.984		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% \$37.927.505		\$ 928.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 2.784.000				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente \$				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						
Identificar a la persona con rol de aprendiz; sus logros, dificultades y lo concertado con el ente co-formador						
Visitas de acompañamiento y evaluación de los aprendices en etapa productiva.						
Alimentación del Portafolio de Evidencias de los aprendices de etapa productiva						
Verificación de la documentación de los aprendices para la aprobación del RAP de etapa productiva						
Evaluación de los Resultado de Aprendizaje Etapa productiva						
Charlas de alternativas de etapa productiva para dar a conocer los aspectos procedimentales de etapa productiva						
Brindar asesoría a las personas con rol de aprendiz en los lineamientos metodológicos de las alternativas y los seguimientos.						
Orientación en el diligenciamiento de los documentos propios de la etapa productiva.						
Diligenciamiento de actas en caso de incumplimiento de contratos para continuar con el proceso de etapa productiva						
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						
			CAROLINA PINZON ROMERO EL CONTRATISTA			
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;						
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;			Firmado digitalmente por RAFAEL ALBERTO NARANJO NOSSA Fecha: 2026.05.15 11:18:50 -05'00'			
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.			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)						

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52692447	CAROLINA PINZON ROMERO		CARRERA 8a n 159-20	3163329723	cpinzonromero@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		78394825	29/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$1,895,000	\$561.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	236.900	0		0		0	0	0	0	236.900	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	303.200	0	0	0	0	0	0		303.200	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.900				9.900	0	0	9.900			99	9.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	11.400	0	0	11.400	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	236.900	236.900
Pensión	1	303.200	303.200
Riesgos Laborales	1	9.900	9.900
CCF	1	11.400	11.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	561.400	561.400

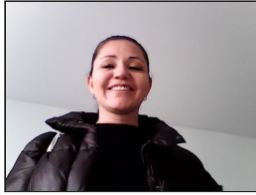
DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52692447	CAROLINA PINZON ROMERO		CARRERA 8a n 159-20	3163329723	cpinzonromero@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		78394825	29/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$1,895,000	\$561.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE					INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subsido	Extranjero	Columna anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TOP	IMP	VSP	VST	SLN	SLN	UNA	UNA	ANO	ANO	VCT	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 52692447	PINZON ROMERO CAROLINA	59	0			N																		230201	1.895.000	30	303.200	0	0	0	0	EPS008	1.895.000	30	236.900	14-23	1.895.000	30	1	9.900	CCF24	1.895.000	30	11.400	0	0	0	0	0	

PAGADA

Certificado de aptitud laboral
Examen medico ocupacional osteomuscular pre-ingreso**Fecha:** 06/Ene/2026, **Hora:** 09:27:04 a.m.**Apellido:** PINZON ROMERO**Tipo Doc:** CC**Empresa:** PARTICULAR**Emp. Usuaría:** SENA**Cargo:** INSTRUCTORA**Dirección:** CRA 8 A #159-20**Telefono:** Celular: 3163329723 **Email:** CPINZONROMERO@GMAIL.COM **Estado Civil:** Soltero**Ciudad:** BOGOTA D.C. - USAQUÉN**Responsable:** - **Parentesco:** - **Telefono:****Nombre:** CAROLINA**Nro Identidad:** 52692447**HC:** # 90290**Edad:** 46 años**Sexo:** Femenino ♀**Nacim:** 07/Jul/1979**Rh:** O+**Exámenes Realizados**☒ Visiometría ☒ Glicemia ☒ Valoración psicológica ☒ Examen medico ocupacional de pre- ingreso con énfasis osteomuscular**Recomendaciones Específicas****S.V.E.****Estilo de Vida Saludable**

* Hábitos de vida saludable

* Dieta y ejercicio

Medicas**Laborales**

* Valoración nutricional

* Pausas activas

* Mantener adecuada higiene postural

Concepto

Apto para el cargo con recomendaciones

Recomendaciones Personalizadas

Imc 26.57

Observaciones

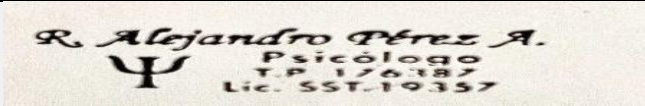
Se recomienda uso de elementos de protección personal de acuerdo al cargo establecido por la empresa además de seguir los protocolos de bioseguridad

Realizar controles médicos ocupacionales periódicos

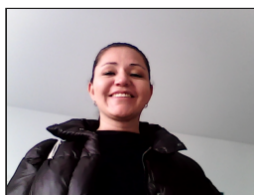
Consentimiento Informado

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 leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Firma Medico		Firma Paciente
		
Maria alejandra jurado ramirez Medico especialista sst Lic. de S.O #: 1623 Registro #: 11/05/2022		Carolina pinzon romero CC 52692447

FECHA DEL EXAMEN		6/01/2026 13:43
		VALORACIÓN POR PSICOLOGÍA
TIPO DE EXAMEN	VALORACIÓN PSICOLÓGICA	
DATOS DEL PACIENTE		
NOMBRE COMPLETO	Carolina Pinzon Romero	
IDENTIFICACIÓN	52692447	
EDAD	46 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		
TARJETA PROFESIONAL: 176387		
RESOLUCIÓN SST: 19357 DE 08/07/2024		

Visiometria



Fecha: 06/Ene/2026, Hora: 09:27:04 a.m.

Apellido: PINZON ROMERO

Tipo Doc: CC

Direccion: CRA 8 A #159-20

Telefono: Celular: 3163329723 Email: CPINZONROMERO@GMAIL.COM Estado Civil: Soltero

Ciudad: BOGOTA D.C. - USAQUÉN

Responsable: - Parentesco: - Telefono:

Nombre: CAROLINA

Nro Identidad: 52692447

HC: # 90290

Edad: 46 años

Sexo: Femenino ♀

Antigüedad en la Empresa

Ingreso

Antigüedad 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	Si				
Miopía	Si				

Correccion

Usa Lentes	Si
Solo Cerca	No
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.	20/25-	0.50 M	20/20	0.50 M	
O.I.	20/30-	0.50 M	20/20	0.50 M	
A.O.	20/25	0.50 M	20/20	0.50 M	Computador, Lec

Examen Externo

Percepcion del Color		Convergencia	
Percepcion Anormal	No	Lejos	No
		Cerca	No

Interpretacion	Lejos		Cerca	
	Derecho	Izquierdo	Derecho	Izquierdo

Agudeza Visual Normal

Patologia de Refraccion

Adecuadamente Corregida

X

X

X

X

Inadecuadamente Corregida

No Corregida

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

Concepto

Cumple actualmente requerimiento ocupacional: Si X No

Recomendaciones

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

Paciente Visualmente Apta. Requiere Corrección óptica Para Uso Prolongado (actividades De Esfuerzo Visual, Computador, Lectura, Tv). Control 1 Año.

Conducta

Dx H522 Ao

*color 9/10

Estereopsis 50 Seg Con Rx

Firma Medico		Firma Paciente
		
Angelica molina cortes Optometra sst Lic. de S.O #: 8174 De 15/03/2021		Carolina pinzon romero CC 52692447



PCR LABORATORIO
CLINICO



DRA PILAR CAÑON ROJAS

NIT 52359661-1

Paciente: Carolina Pinzon Romero
Edad: 46 años
Identificación: 52.692.447

Codigo: 90290
Fecha: 6/01/2026
Sexo: Femenino

QUIMICA

Nombre del Examen	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
Glicemia Pre	92	mg/dl	70 a 110

ANDREA DEL PILAR CANON

BACTERIOLOGA U.C.M.C

REG 52359661-1



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	1011224343	Juan Felipe Jimenez Pinzon	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,

CAROLINA PINZON ROMERO
C.C. 52692447

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1011224343

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 53181290
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 50 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 1 H

Datos de la oficina de registro - País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. - - - - -

Datos del inscrito

Primer Apellido JIMENEZ Segundo Apellido PINZON

Nombre(s) JUAN FELIPE

Fecha de nacimiento Año 2013 Mes ABR Día 08 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo A Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ - - - - -

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

12098015 - 7 - -

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos PINZON ROMERO CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número) C.C. 52.692.447

Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos JIMENEZ ESGUERRA DIEGO FELIPE

Documento de identificación (Clase y número) C.C. 79.786.171

Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos JIMENEZ ESGUERRA DIEGO FELIPE

Documento de identificación (Clase y número) C.C. 79.786.171

Firma Diego F. Jimenez

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 2013 Mes ABR Día 10

Nombre y firma del funcionario que autoriza

GABRIEL URIBE ROLDAN

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

GABRIEL URIBE ROLDAN

Firma Diego F. Jimenez

ESPACIO PARA NOTAS

ANOTADO EN EL LIBRO DE VARIOS No. 114 FOLIO 117

NOTARIA 50 DE BOGOTÁ, D.C.
REGISTRO CIVIL

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 Diego Felipe Jimenez

BOGOTÁ D.C. 30 MAY 2019



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

* 0 6 2 1 8 1 5 *

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.011.224.343**
JIMENEZ PINZON

APELLIDOS
JUAN FELIPE

NOMBRES

Juan F. J.

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

08-ABR-2013

LUGAR DE NACIMIENTO
08-ABR-2031

A+

M

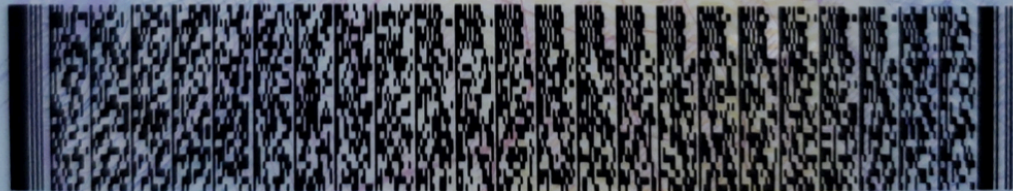
FECHA DE VENCIMIENTO
04-ENE-2021 BOGOTA D.C.

G S RH SEXO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

[Signature]

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-1500150-01196890-M-1011224343-20210105

0073007517A 1

8501248085