

<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 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		Mayo de 2026				
			Versión		ENERO - 1,26				
			ID de Proceso		42415-652638				
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:		JOSE LUIS CABEZAS PULGARIN		Banco a consignar:		DAVIVIENDA			
Cédula de Ciudadanía		1.012.371.517		Tipo de cuenta:		AHORROS			
Correo electrónico:		jcabezasp@sena.edu.co		Número de Cuenta:		0550475700060001			
IP/Nº de contacto:				Presta Servicios Excluidos de IVA:		NO			
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:		9023472/2026		Nº Compromiso SIIF	15726	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			
Número de pago		4		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 35.531.227			
Valor Bruto Pago:		\$ 4.737.497,00		Valor Total del Contrato:		\$ 49.743.718			
				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 titulo de RENTA		2.785.747,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----		74372315		Base retención en la fuente a titulo 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		\$ 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							
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									
Acatar la Constitución Política, la Ley, los principios de la contratación estatal y las demás normas concordantes y complementarias.									
Responder por el adecuado y oportuno cumplimiento de las obligaciones contraídas del contrato.									
Participar en las reuniones que para la ejecución del contrato sean convocadas.									
Entregar periódicamente y al finalizar el contrato o cuando el supervisor lo solicite, todos los documentos y archivos.									
Entregar a la finalización del plazo de ejecución o del vínculo contractual o cuando el supervisor del contrato lo solicite.									
Utilizar en debida forma las claves asignadas para el ingreso a los sistemas de información y gestión del SENA requeridos.									
Colaborar en la elaboración de respuesta y suministro de información requerida por las autoridades y organismos de control del Estado.									
Solicitar autorización escrita del SENA para utilizar el nombre, emblema o sello oficial con fines publicitarios o ajenos.									
Cumplir con las normas de bioseguridad y reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.									
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									
						JOSE LUIS CABEZAS PULGARIN 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.			
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;						El Supervisor,			
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.						Firmado digitalmente por RAFAEL ALBERTO NARANJO NOSSA Fecha: 2026.05.15 15:52:37 -05'00'			
						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	1012371517	JOSE LUIS CABEZAS PULGARIN		CL 58 C BIS SUR 84 C 53	6019252978	work.jose7@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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		74372315	07/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$586.300	

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
231001	Colfondos	800227940-6	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	46.200				46.200	0	0	46.200			462	46.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	46.200	46.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	586.300	586.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1012371517	JOSE LUIS CABEZAS PULGARIN		CL 58 C BIS SUR 84 C 53	6019252978	work.jose7@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
		74372315	07/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$586.300	

DETALLE POR COTIZANTE																																																								
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																								
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	INS	RET	TDE	TAE	TAP	TAP	VSP	VST	SEN	AGE	LAA	ANC	ANC	ACT	UCL	IRL	CORRECCION	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 1012371517	CABEZAS PULGARIN JOSE LUIS	59	0			N																		231001	1.894.999	30	303.200	0	0	0	0	EPS008	1.894.999	30	236.900	14-23	1.894.999	30	3	46.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



N° 57.932

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
06 DÍA	01 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
PARTICULARES				PARTICULAR			
CIU (Actividad Económica) del empleador:							
SIN REGISTRAR							
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
Apellidos y Nombres				Género	Edad	Documento de Identificación	
CABEZAS PULGARIN JOSE LUIS				MASCULINO	35 AÑOS 1 MESES 5 DÍAS	CC	1012371517
						Tipo	Número
Cargos							
INSTRUCTOR DE ACTIVIDAD FÍSICA							
EPS		AFP			ARL		
COMPEMSAR		COLFONDOS			NO REFIERE		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO PARA LABORAR, PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
VISIOMETRÍA				EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR			
GLICEMIA				EXAMEN PSICOMÉTRICO			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		USO DE EPP			HÁBITOS SALUDABLES		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
					HACER DEPORTE		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
PRUEBA PSICOMETRICA: APROBADA							
<p>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 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.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 <p>Firma: _____</p> <p>Nombre: CC: 1033765179 - JULIETH ANDREA GARAY</p> <p>R. M.: 1033765179 L.S.O.: 987 DE 27 ENERO 2020</p>				 <p>Código de Seguridad</p> <p>E895K1Q57932</p>			
				 <p>Firma: _____</p> <p>Nombre: CABEZAS PULGARIN JOSE LUIS</p> <p>CC: 1012371517</p>			





UNIDAD MÉDICA BOSA NOVA IPS SAS

NIT: 901.458.228-7 - CÓDIGO DE HABILITACIÓN S.D.S: 1100137378-01

LIC. SALUD OCUPACIONAL: RESOLUCIÓN 9782 DEL 02/07/2021

Dir: Calle 62 Sur 87 B 22 - Bosa Nova - Tropezón - Bogotá D.C.

Cel: 310 280 2760 - 321 204 9303

Email: unidadmedicabosanova@gmail.com - Web: ipsbosanova.com



Código de Seguridad

C895I33O123404



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 123404

Municipio: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)

Fecha y Hora: martes, 6 de enero de 2026 10:03:33 a.m.

Nombres y Apellidos: CABEZAS PULGARIN JOSE LUIS

CC: 1012371517 Género: MASCULINO

F. Nacimiento: 01/12/1990 Edad: 35 AÑOS 1 MESES 5 DÍAS Entidad: PARTICULARES

RESULTADOS DEL LABORATORIO

QUÍMICA

GLICEMIA

GLICEMIA PRE :	77.0mg/dl	VALOR DE REFERENCIA: POBLACIÓN GENERAL: 70.0-110.0mg/dl NEONATOS PRETERMINO : 25.0-80.0mg/dl NEONATOS RECIEN NACIDOS A TERMINO: 30.0-90.0mg/dl
----------------	-----------	---

TÉCNICA EXOQUINASA

Nicolas Garay Urbina

CC: 1033800271

Bacteriólogo(a) RP: 1033800271

Nicolas Garay Urbina
Bacteriólogo y Lab. Clínico
C.C.M.C. 1033800271

RESULTADO DEL CUESTIONARIO

Fecha: 06/01/2026

Hora: 10:56:29

Datos del Usuario			
Fecha	Nombres	Apellidos	Tipo Doc.
2026-01-06	Jose Luis	Cabezas Pulgarin	C
Edad	Género	Cat. Licencia	Num Doc.
35	Masculino	B1	1012371517
Detalles del cuestionario			
Bloque	Resultado	Num. Preguntas	
Trastornos amnesicos y otros transtornos congnotivos	3	3	
Control de impulsos	3	3	
Trastorno de personalidad	3	3	
Abuso de alcohol	3	3	
Dependencia del alcohol	3	3	
Esquizofrenia	3	3	
Trastornos inducidos por alcohol	3	3	
Consumo habitual de drogas y medicamentos	3	3	
Abuso de drogas o medicamentos	3	3	
Dependencia de drogas y medicamentos	3	3	
Trastornos inducidos por drogas o medicamentos	3	3	
12. Información	3	3	
Trastornos por comportamiento perturbador	3	3	
Disociativa	3	3	
15. Comprensión	3	3	
16. Aritmética	3	3	
17. Trastornos del sueño	3	3	
Semejanzas	3	3	
20. Trastornos mentales debido a enfermedad médica	3	3	
Vocabulario	3	3	
Transtonos de estado de animo	3	3	
Area	Resultado	total Preguntas.	Calificacion.
Personalidad	27	27	Aprobado
Sustancias	21	21	Aprobado
Inteligencia	15	15	CI 97-125, Apto
Observaciones			



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

, 23 de Febrero 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

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	1146130805	SHARON VALENTINA CABEZAS BARRIOS	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,

JOSE LUIS CABEZAS PULGARIN
C.C. 1012371517

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

COMPROBANTE DE INSCRIPCIÓN
FAVOR CONSERVARLO CUIDADOSAMENTE
PARA SOLICITAR FUTURAS COPIAS.

NUIP 1146130805

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52762962

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 74 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código D V D

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido
CABEZAS

Segundo Apellido
BARRIOS

Nombre(s)
SHARON VALENTINA

Año 2013 Fecha de nacimiento Mes JUL Día 14 Sexo (en letras) FEMENINO 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 DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

12179229-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

BARRIOS ARENAS LEIDY ESTEFANIA.

Documento de identificación (Clase y número)

T.I. N° 961230-20852 DE BOGOTA *****

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CABEZAS PULGARIN JOSE LUIS.

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. N° 1.012.371.517 DE BOGOTA *****

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CABEZAS PULGARIN JOSE LUIS.

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. N° 1.012.371.517 DE BOGOTA *****

Firma



Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Firma

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Firma

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Fecha de inscripción

Año 2013 Mes AGO Día 02

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JOSE ANGEL VELASQUEZ

Nombre y firma