



**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 VALLE

CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE

**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**

|                   |              |
|-------------------|--------------|
| Código Regional   | 76           |
| Código Centro     | 954310       |
| Fecha Elaboración | Mayo de 2026 |
| Versión           | ENERO - 1,26 |
| ID de Proceso     | 49922-607879 |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

|                                                                                                                                                     |                              |                                                        |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Nombres y apellidos:</b>                                                                                                                         | ALEXANDER ATEHORTUA CARVAJAL | <b>Banco a consignar:</b>                              | BANCO CAJA SOCIAL |
| <b>Cédula de Ciudadanía</b>                                                                                                                         | 14.799.965                   | <b>Tipo de cuenta:</b>                                 | AHORROS           |
| <b>Correo electrónico:</b>                                                                                                                          | aatehortua@sena.edu.co       | <b>Número de Cuenta:</b>                               | 24042645814       |
| <b>IP/N° de contacto:</b>                                                                                                                           |                              | <b>Presta Servicios Excluidos de IVA:</b>              | SI                |
| <b>Inducción SST:</b>                                                                                                                               | SI                           | <b>Pertenece al régimen simple de tributación:</b>     | NO                |
| <b>Régimen del IVA:</b>                                                                                                                             | NO RESPONSABLE               | <b>Es declarante de renta por el año gravable 2025</b> | NO                |
| <b>¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?</b>                                    |                              |                                                        | NO                |
| <b>Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600</b>                                                                           |                              |                                                        | NO                |
| <b>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)</b> |                              |                                                        | NO                |
| <b>¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?</b>                       |                              |                                                        | NO                |
| <b>Concepto del pago corresponde a:</b>                                                                                                             |                              |                                                        | Ninguno           |
| <b>TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.</b>                                                                                                           |                              |                                                        | 0,00%             |

## DATOS DEL CONTRATO

|                                                                   |              |                                                                                                                                                                                                                                                 |      |                                                         |   |
|-------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------|---|
| <b>N° del contrato:</b>                                           | 9026206/2026 | <b>N° Compromiso SIIF</b>                                                                                                                                                                                                                       | 6826 | <b>Número de pagos durante la vigencia del contrato</b> | 9 |
| <b>OBJETO CONTRACTUAL:</b><br>(Descripción del servicio prestado) |              | INSTRUCTOR:CO1.PCCNTR.9026206 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, LLEVANDO A CABO LAS ACCIONES RELACIONADAS CON LA EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN, DE ACUERDO CON LA RED DE CONOCIMIENTO, ÁREA TEMÁTICA |      |                                                         |   |

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

|                   |            |    |                 |                              |               |
|-------------------|------------|----|-----------------|------------------------------|---------------|
| Del               | 01/05/2026 | Al | 31/05/2026      | Saldo Anterior del Contrato: | \$ 28.424.982 |
| Número de pago    | 4          |    |                 | Valor Total del Contrato:    | \$ 42.637.473 |
| Valor Bruto Pago: |            |    | \$ 4.737.497,00 | Nuevo Saldo del Contrato:    | \$ 23.687.485 |

### 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        |
| <b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>       | <b>\$ 4.737.497</b> |                                       | <b>\$ 0</b> |
| <b>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</b> | <b>\$ 2.785.747</b> | <b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b> | <b>\$ 0</b> |

## LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

|                                                                                |              | Mayo         | Abril        |                                               |                       |        |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------------------------------|-----------------------|--------|
| N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS                                    |              | -----        | 79312996     | Base retención en la fuente a título de RENTA | 2.785.747,00          | TARIFA |
| Ingreso Base de Cotización - IBC                                               |              | \$ 1.894.999 | \$ 1.894.999 | Base retención en la fuente a título 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 - 8560 - CARTAGO                      | 8.395,00              | 0,200% |
|                                                                                |              | \$           |              |                                               | -                     | 0%     |
|                                                                                |              | \$           |              |                                               | -                     | 0%     |
|                                                                                |              | \$           |              |                                               | -                     | 0%     |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias                          |              | \$ -         |              |                                               | -                     | 0%     |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC                                        |              | \$ -         |              | Pro-UCEVA                                     | 23.687,00             | 0,500% |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias                            |              | \$ -         |              | Universidad del Pacifico                      | 0,00                  | 0,500% |
| 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%                                                               | \$31.031.595 | \$ 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                                             |              | \$           |              | <b>VALOR A PAGAR</b>                          | <b>\$4.705.415,00</b> |        |

**SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS CINCO MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE**

### ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ver informe de ejecución contractual mes mayo de 2026

Firmado

**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 suministrada es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí

digitalmente por  
Alexander  
Atehortua  
Carvajal  
Fecha:

ALEXANDER ATEHORTUA CARVAJAL  
EL CONTRAHSTA

**CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

- 1.- Que El Contratista cumple 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.

WILFRED FERNANDO VALERO CARDENAS  
INSTRUCTOR G10

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  
JOSE EDINSON ESCOBAR SALCEDO  
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |                 |                         |                    |              |
|----------------------|----------------------------------|-----------------|-------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIAMES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                  | 79312996        | 04/05/2026              | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                  | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA            | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-04              | 2026-04                          | I               | \$1,895,200             | \$588.100          |              |

| 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS037        | Nueva EPS | 900156264-2 | 236.900                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 236.900       | 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 PARAFISCALES |           |                   |               | No. Afiliados |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar |               |
| 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                              | 303.300                             | 303.300       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 9.900                               | 9.900         |
| CCF                    | 1                              | 38.000                              | 38.000        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 4                              | 588.100                             | 588.100       |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 79312996        | 04/05/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-04              | 2026-04                           | I               | \$1,895,200              | \$588.100          |              |

| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                 |                              |           | INFORMACIÓN NOVEDADES |         |         |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |          |           |      | SALUD      |                     |                      |                                | RIESGOS LABORALES               |          |           |      | CCF                    |          |           | PARAFISCALES |                 |            |            |           |      |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|---------------------------------|------------------------------|-----------|-----------------------|---------|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|----------|-----------|------|------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------|------------------------|----------|-----------|--------------|-----------------|------------|------------|-----------|------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| No.                   | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres          | Cotizante | Saludpo               | Enfermo | Enfermo | IND | IND | IND | IND | IND | IND | IND | IND     | IND | 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 14799965                     | ATEHORTUA CARVAJAL ALEXANDER | 59        | 0                     | N       |         |     |     |     |     |     |     |     |         |     | 25-14    | 1.895.200 | 30   | 303.300    | 0                   | 0                    | 0                              | 0                               | EPS037   | 1.895.200 | 30   | 236.900                | 14-23    | 1.895.200 | 30           | 1               | 9.900      | CCF57      | 1.895.200 | 30   | 38.000     | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |



|                                                             |                                              |                                            |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>PROCESO</b>                                              |                                              |                                            |
| <b>GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS</b>                      |                                              |                                            |
| <b>NOMBRE DEL FORMATO</b>                                   |                                              |                                            |
| <b>FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS</b> |                                              |                                            |
| <b>CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>                      |                                              |                                            |
| Pública <input type="checkbox"/>                            | Pública Clasificada <input type="checkbox"/> | Pública Reservada <input type="checkbox"/> |

**Junio 2025**

**Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol**



## INSTRUCCIONES

### Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de brindar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.



## FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Cartago, 21 de mayo de 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

Cartago

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el párrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

|             |                   |                                 |             |
|-------------|-------------------|---------------------------------|-------------|
| <b>T.I.</b> | <b>1116081606</b> | <b>Mariana Atehortúa Crespo</b> | <b>HIJO</b> |
|-------------|-------------------|---------------------------------|-------------|

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.



Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

FIRMA

Nombre: Alexander Atehortúa Carvajal

C.C. 14799965 de Tuluá



**NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO**

**REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES**

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

| DEDUCCION    | CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | REQUISITOS                                                           |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| DEPENDIENTES | Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Registro civil de nacimiento                                         |
|              | Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. | Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas |
|              | Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.                                                                                                                                                                                              | Certificado de Medicina Legal                                        |
|              | El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal                                             | Certificado de Contador Público<br><br>Certificado de Medicina Legal |
|              | Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.                                               | Certificado de Contador Público<br><br>Certificado de Medicina Legal |

REPUBLICA DE COLOMBIA



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

REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO

Indicativo  
Serial

55147628

|      |               |
|------|---------------|
| NUIP | 1.116.081.606 |
|------|---------------|

|                                                                           |                          |         |                                     |               |                          |                       |                          |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------|-------------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Datos de la oficina de registro - Clase de oficina                        |                          |         |                                     |               |                          |                       |                          |
| Registraduría                                                             | <input type="checkbox"/> | Notaría | <input checked="" type="checkbox"/> | Número        | 03                       | Consulado             | <input type="checkbox"/> |
|                                                                           |                          |         |                                     | Corregimiento | <input type="checkbox"/> | Inspección de Policía | <input type="checkbox"/> |
| País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía |                          |         |                                     | Código        |                          |                       |                          |
| COLOMBIA - VALLE - TULUA                                                  |                          |         |                                     | W 4 B         |                          |                       |                          |

|                                                                                      |   |   |                  |                  |          |           |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---|---|------------------|------------------|----------|-----------|-----------------|
| Datos del Inscrito                                                                   |   |   |                  |                  |          |           |                 |
| Primer Apellido                                                                      |   |   |                  | Segundo Apellido |          |           |                 |
| ATEHORTUA                                                                            |   |   |                  | CRESPO           |          |           |                 |
| Nombre(s)                                                                            |   |   |                  |                  |          |           |                 |
| MARIANA                                                                              |   |   |                  |                  |          |           |                 |
| Fecha de nacimiento                                                                  |   |   |                  |                  |          |           |                 |
| Año                                                                                  | 2 | 0 | 1                | Mes              | N        | O         | V               |
| Día                                                                                  | 1 | 5 | Sexo (en letras) |                  | FEMENINO |           | Grupo sanguíneo |
|                                                                                      |   |   |                  |                  |          | B         |                 |
|                                                                                      |   |   |                  |                  |          | Factor RH |                 |
|                                                                                      |   |   |                  |                  |          | POSITIVO  |                 |
| Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección) |   |   |                  |                  |          |           |                 |
| COLOMBIA - VALLE - TULUA                                                             |   |   |                  |                  |          |           |                 |

|                                                         |                                   |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO                              | 143196812                         |

|                                              |              |
|----------------------------------------------|--------------|
| Datos de la madre                            |              |
| Apellidos y nombres completos                |              |
| CRESPO OCAMPO MARIA JIMENA                   |              |
| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
| CC 31.794.343 TULUA VALLE                    | COLOMBIANA   |

|                                              |              |
|----------------------------------------------|--------------|
| Datos del padre                              |              |
| Apellidos y nombres completos                |              |
| ATEHORTUA CARVAJAL ALEXANDER                 |              |
| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
| CC 14.799.965 TULUA VALLE                    | COLOMBIANA   |

|                                              |       |
|----------------------------------------------|-------|
| Datos del declarante                         |       |
| Apellidos y nombres completos                |       |
| ATEHORTUA CARVAJAL ALEXANDER                 |       |
| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
| CC 14.799.965 TULUA VALLE                    |       |

|                                              |  |
|----------------------------------------------|--|
| 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          | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
| Año 2 0 1 7 Mes N O V Día 2 0 | DR. JUAN PABLO CASTILLO GIRALDO             |
|                               | Nombre y firma                              |

|                        |                                                                     |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
| Firma                  | Nombre y firma                                                      |

|                    |
|--------------------|
| ESPACIO PARA NOTAS |
|                    |
|                    |
|                    |
|                    |

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO