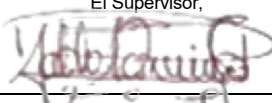


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional		25
	REGIONAL CUNDINAMARCA		Código Centro		951210
	CENTRO DE BIOTECNOLOGÍA AGROPECUARIA-CUNDINAMARCA		Fecha Elaboración		Junio de 2026
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión		ENERO - 1,26
				ID de Proceso	03510-527900
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos: SONIA CADENA LOPEZ		Banco a consignar: BANCO CAJA SOCIAL			
Cédula de Ciudadanía: 1.070.948.453		Tipo de cuenta: AHORROS			
Correo electrónico: scadena@sena.edu.co		Número de Cuenta: 24059773786			
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				SI	
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: 9094321/2026		Nº Compromiso SIIF 83926		Número de pagos durante la vigencia del contrato 4	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: 25-9-2026-015669 PRESTAR SERVICIO PROFESIONALES AUTÓNOMA, COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA, PARA ORIENTACIÓN Y EJECUCIÓN DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL RELACIONADO CON PERFIL DEL CONTRATISTA Y DISEÑO CURRICULAR			
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del 01/06/2026 Al 30/06/2026		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 9.474.994	
Número de pago 2		Valor Total del Contrato:		\$ 15.791.657	
Valor Bruto Pago: \$ 4.737.497,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 4.737.497	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios \$ 4.737.497		Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas		0,00%	
Ingresos por comisiones \$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 4.737.497		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.792.647				\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
		Junio		Mayo	
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----		8391679496	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.894.999		\$ 1.750.905	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 236.900		\$ 218.900	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 303.200		\$ 280.200	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0	
ARL V		\$ -		\$ 18.300	
		\$			
		\$			
		\$			
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -			
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -			
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -			
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -			
Dependientes hasta		\$ 473.750			
Salud hasta \$ 837.984		\$ -			
Renta Exenta 25% \$ 13.791.820		\$ 931.000			
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 226.000					
Retención en la Fuente Contingente \$					
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA 2.792.647,00	
				Base retención en la fuente a titulo de ICA 4.197.397,00	
				Valor base IVA 0,00	
				IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
				Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%	
				Menos Retencion IVA 0,00 15%	
				Reteica - 8299 - MOSQUERA 29.382,00 0,700%	
				0,00 0%	
				0,00 0%	
				0,00 0%	
				0,00 0%	
				0,00 0%	
				Otras Retenciones 0,00 0,000%	
				Otras Retenciones 0,00 0,000%	
				Otras Retenciones 0,00 0,000%	
				Otras Retenciones 0,00 0,000%	
				Otras Retenciones 0,00 0,000%	
				0,00	
				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
				VALOR A PAGAR \$4.708.115,00	
SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS OCHO MIL CIENTO QUINCE PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
3147655 6 horas * 5 días 30 horas 3410921 5 horas * 5 días 25 horas 3174755 3 horas * 5 días 15 horas					
3351704 3 horas * 5 días 15 horas 3409601 6 horas * 5 días 30 horas 3147655 6 horas * 5 días 30 horas					
3364310 3 horas * 5 días 15 horas total 160					
Formulación de proyectos grupo junin gama 6 horas *4 días 24 horas					
Colegio Dptal Manuela Ayala Grupo 1 15 horas					
Colegio Dptal Manuela Ayala Grupo 2 12 horas					
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:					
1. Cumpli 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					
					
SONIA CADENA LOPEZ EL CONTRATISTA					
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO					
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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 periodo 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,					
					
PABLO ANTONIO SARMIENTO PRIMICIERO INSTRUCTOR G20					
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 NELSON OCTAVIO GOMEZ BOTERO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02					

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): SONIA CADENA LOPEZ
No. Identificación: CC1070948453
Dirección: CRA 3 9 42
Telefono: 3138916
Correo: sedefunzagj@gmail.com
Ciudad: FACATATIVÁ
Número de Planilla: 8391679496

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	SONIA CADENA LOPEZ	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC1070948453	Periodo de Cotización Salud	junio de 2026
Número de planilla	8391679496	Periodo de Cotización Pensión	junio de 2026
Fecha pago	2026-06-11	Número de Administradoras	2
Número de autorización pago	16666435	Total Pagado	547200
Banco	1023	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	307200	1
EPS005	Sanitas EPS	240000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1070948453
APELLIDOS Y NOMBRES: SONIA CADENA LOPEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230301	1920000	1920000	0	0	240000	0	307200	0	0	0

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): SONIA CADENA LOPEZ
No. Identificación: CC1070948453
Dirección: CRA 3 9 42
Telefono: 3138916
Correo: sedefunzagj@gmail.com
Ciudad: FACATATIVÁ
Número de Planilla: 8382346768

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	SONIA CADENA LOPEZ
Tipo y número de identificación	CC1070948453
Número de planilla	8382346768
Fecha pago	2026-05-11
Número de autorización pago	56869102
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	mayo de 2026
Periodo de Cotización Pensión	mayo de 2026
Número de Administradoras	2
Total Pagado	535800
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	300800	1
EPS005	Sanitas EPS	235000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1070948453
APELLIDOS Y NOMBRES: SONIA CADENA LOPEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230301	1880000	1880000	0	0	235000	0	300800	0	0	0

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1070948453	SONIA CADENA LOPEZ		cra 3 9 42	3138916	sedefunzaji@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	FACATATIVÁ	
						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
8382346768	11/05/2026	84301266	20/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	N	\$0	\$5.200	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	2.300	0		0		0	0	0	0	2.300	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
230301	Porvenir	800224808-8	2.900	0	0	0	0	0	0		2.900	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										

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	2.300	2.300
Pensión	1	2.900	2.900
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	5.200	5.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1070948453	SONIA CADENA LOPEZ		cra 3 9 42	3138916	sedefunzaj@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	FACATATIVÁ	
						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
8382346768	11/05/2026	84301266	20/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	N	\$0	\$5.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																						
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud-pa	Extranjero	Colomb. exterior	Exonerado	INS	RET	TDE	TAF	TAP	UPP	VGP	VST	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	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 1070948453	CADENA LOPEZ SONIA	3	0			N								X									230301	1.898.000	30	303.700	0	0	0	0	EPS005	1.898.000	30	237.300		0	0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de la afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, SONIA CADENA LOPEZ identificado(a) con CC 1070948453 registra la siguiente información.

Datos del empleador	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	Fecha de inicio de cobertura: 22-04-2026 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha inicio de contrato: 21-04-2026 Fecha fin de Contrato: 31-07-2026 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 5 Actividad Económica: 5421001

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 22 día(s) del mes de Abril de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Positiva Compañía de Seguros S.A:

NIT. 860.011.153-8 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 810 8194 | Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 6:00 p.m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autoregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS



PROCESO			
GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS			
NOMBRE DEL FORMATO			
FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS			
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN			
Pública	☒	Pública Clasificada ☐	Pública Reservada ☐

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

Bogotá, 15 de Junio de 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

Ciudad

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:

T.I.	1070398221	ANDRÉS FELIPE CAMACHO CADENA	HIJO
-------------	-------------------	-------------------------------------	-------------

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,



C.C. 1070948453

FIRMA

Nombre: SONIA CADENA LOPEZ

C.C. 1070948453

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 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 Certificado de Medicina Legal

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

NUIP 1070398221

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

55766341

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 144

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - FACATATIVA

Datos del inscrito

Primer Apellido CAMACHO Segundo Apellido CADENA
Nombre(s) ANDRES FELIPE
Fecha de nacimiento Año 2015 Mes JUN Día 15 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo A Factor RH POS
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) COLOMBIA - CUNDINAMARCA - FACATATIVA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

LC.B.F. (INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR)

Número certificado de nacido vivo

RADICADO 5-496395-2506

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos CADENA LOPEZ SONIA
Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1070948453 DE FACATATIVA Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos CAMACHO MUÑOZ JAIME ANDRES
Documento de identificación (Clase y número) CC No. 79741733 DE BOGOTA D.C. Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Documento de identificación (Clase y número) CENTRO ZONAL DE FACATATIVA 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 2015 Mes DIC Día 15

Nombre y firma del funcionario que autoriza

IGNACIO CRUZ ORTIZ

ES FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL, SE EXPIDE EN FACATATIVA A LOS: 18 DIC 2015 A SOLICITUD DEL INTERESADO.



LUZ CONSUELO DEL PILAR NASSAR MORALES (E)

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.070.398.221

CAMACHO CADENA

APELLIDOS

ANDRES FELIPE

NOMBRES

Andres

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO

15-JUN-2015

FACATATIVA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

15-JUN-2033

FECHA DE VENCIMIENTO

A+

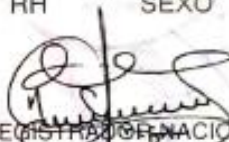
M

G S RH

SEXO

18-NOV-2022 FACATATIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA-ROCHA

ÍNDICE DERECHO



P-1507600-01336047-M-1070398221-202211

193252237A 2

8506373767