SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)**
**REGIONAL BOYACÁ**
**CENTRO MINERO- BOYACA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION**
**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**
**Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **15** |
| **Código Centro** | **911110** |
| **Fecha Elaboración** | **Diciembre de 2021** |
| **Versión** | **JUNIO 2021 - 3,21** |
| **ID de Proceso** | **63927-007952** |
| **No. de documento** | **303981** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | LUIS EDUARDO MARTINEZ ROSAS | **C.C.** | 74.302.278 | **IP/Nº de contacto** | 3112875259 |
| **Correo electrónico contratista:** | lumartinezr@sena.edu.co | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Pertenece al régimen simple de tributación?** | NO | **Es declarante de renta?** | NO | **Es Pensionado?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000** | NO | **Inducción SST** | SI | **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** | | SI | |
| **Banco al cual consignar:** | BANCO CAJA SOCIAL | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 24514812443 | |
| **Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?** | NO | **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los $ 119´806.000** | | | | NO | |

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 2772221/2021 | | | **Nº Compromiso SIIF** | **87521** |
| **Valor Total del Contrato** | $ 14.763.933 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 2.109.133 | **5** | **Del** 01/12/2021 **Al** 17/12/2021 | | **$ 2.109.133,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 0 | | Legalización comisiones del periodo | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, QUE IMPARTE EL CENTRO MINERO EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADA REGULAR EN EL ÁREA DE CULTURA FISICA. RADICADO 9-2021-004092

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 2.109.133 | | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | 0,00% |
| | | | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 2.109.133** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.229.415** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Diciembre | Noviembre |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **4413510342** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 908.526 | $ 1.488.800 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 113.600 | $ 186.100 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 145.400 | $ 238.300 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL II | $ 9.500 | $ 15.600 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800 | $ - | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Dependientes hasta $ 1.161.856 | $ 210.913 | |
| Salud hasta $ 580.928 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 8.713.920 | $ 409.805 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 1.229.415,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 1.850.133,00 | |
| 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 | 0,00 | 1,000% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$ 2.109.133,00** | |

**SON: DOS MILLONES CIENTO NUEVE MIL CIENTO TREINTA Y TRES PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

INFORME DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DEL 01 AL 17 DE DICIEMBRE DE 2021 SEGÚN OBJETO DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

APOYO ACADÉMICO A LAS FICHAS: 2249350, 2251267, 2183263, 2203306, 2203307, 2183275, 2163701, 2163712, 2163702, 2417719, 2394290, 2414571, 2406317 y 2317208.

DE LOS PROGRAMAS: GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, ELECTROMECÁNICA, EXCAVADORA y LABORES SUBTERRÁNEAS.

TOTAL, HORAS ACADÉMICAS: 96 HORAS

**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 diligenciados.

**LUIS EDUARDO MARTINEZ ROSAS**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

**JAVIER GÓMEZ PULIDO**
**INSTRUCTOR**

**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**

**JUAN CARLOS PINILLA HOLGUIN**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 74302278 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LUIS EDUARDO MARTINEZ ROSAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SOGAMOSO | DEPARTAMENTO: | BOYACA |
| DIRECCIÓN: | DIAGNAL 14 A # 17 28 | TELÉFONO: | 8888888 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4413510342** | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES noviembre AÑO 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES noviembre AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2021/11/02 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 1110230451 |

## TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 238.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 238.300 | $ 0 | $ 238.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 238.300** | **$ 0** | **$ 238.300** |

## TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 186.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 186.100 | $ 0 | $ 0 | $ 186.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 186.100** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 186.100** |

## TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 15.600 | $ 15.600 | $ 0 | $ 0 | $ 15.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 15.600** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 15.600** |

## LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
| 1 | CC 74302278 | MARTINEZ ROSAS LUIS EDUARDO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.488.800 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Nº | SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
| 1 | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.488.800 | $ 238.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 238.300 |

| Nº | SALUD | | | | | | ARP | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
| 1 | EPS017-FAMISANAR | 30 | $ 1.488.800 | $ 186.100 | $ 0 | $ 186.100 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.488.800 | 74302278 | $ 15.600 |

| Nº | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| **TOTAL** | **$ 440.000** |
|---|---|

Planilla Pagada

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

Sogamoso, **DICIEMBRE de 2021**

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.** | **1145427077** | **LUIS SANTIAGO MARTÍNEZ QUINTERO** | **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,

_____
FIRMA

Nombre: **LUIS EDUARDO MARTÍNEZ ROSAS**

C.C. **74.302.278**

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.145.427.077

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54069842

5406984 2

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduria X | Notaria | Número | Consulado | Corregimiento | Inspección de Policía | Código D U Q

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

REGISTRADURIA DE SOGAMOSO H. R SOGAMOSO - COLOMBIA - BOYACA - SOGAM

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| MARTINEZ | QUINTERO |

Nombre(s): LUIS SANTIAGO

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2014 Mes NOV Día 05 | MASCULINO | O | POSITIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 13047285-1 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: QUINTERO TORRES MILENA ANDREA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 46.455.020 | COLOMBIA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: MARTINEZ ROSAS LUIS EDUARDO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 74.302.278 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: MARTINEZ ROSAS LUIS EDUARDO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 74.302.278 | x |

**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 2014 Mes NOV Día 07 | CARLOS ARIEL PEREZ DIAZ - REGISTR<br>Nombre y firma |

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

REGISTRADURIA DEL ESTADO CIVIL
SOGAMOSO - BOYACÁ

**ESPACIO PARA NOTAS**

AUTENTICACION

El suscrito Registrador Municipal del Estado Civil

CERTIFICA

Que el presente documento es fotocopia autentica tomada del original que reposa en el despacho

Fecha: 11 NOV 2014

REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL

OFIXPRES SAS NIT. 900.156.826-1 100238573

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

| | |
|---|---|
| SENA | Versión: 04<br>Código: GTH- F- 074 |

## Proceso Gestión del Talento Humano

## Formato entrega de bienes e información de ejecución contractual por el contratista

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: LUIS EDUARDO MARTINEZ ROSAS** | | | | | | **IDENTIFICACIÓN** |
| **CIUDAD** | SOGAMOSO | **FECHA** | DICIEMBRE DE 2021 | **REGIONAL** | BOYACÁ | **74.302.278** |
| **DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:** | KILÓMETRO 7 - VEREDA MORCA SECTOR BATA - SENA - CENTRO MINERO - SOGAMOSO | | | | | |
| **NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:** | **CO1.PCCNTR.2772221 DEL 18 DE AGOSTO DE 2021** | | | | | |

## CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO** | X | **CESIÓN** | | **LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO** | | **TERMINACIÓN UNILATERAL** | |

| **DEPENDENCIA SENA** | **Marcar con x** | **RESPONSABLES** | |
|---|---|---|---|
| | | **NOMBRES Y APELLIDOS** | **FIRMA** |
| GESTIÓN DE TIC | | **LILIA ANA SANDOVAL PINEDA** | |
| ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS | | **DOLKA ROSARIO RIAÑO ECHAVARRIA** | |
| ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL | | **JAVIER GOMEZ PULIDO** | |
| ALMACÉN E INVENTARIOS | | **SANDRA LILIANA MORENO ROZO** | **Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx y anexar al formato** |
| SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación) | | **EFREN ALEJANDRO OJEDA MENDIETA** | |
| CONTABILIDAD | | **NANCY JACQUELINE BARRERA PATIÑO** | |
| TESORERIA | | **NORA ESPERANZA DUCON FONSECA** | |
| COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA | | **JAVIER GOMEZ PULIDO** | |
| BIBLIOTECA | | **TERESITA DE JESUS RUIZ OSORIO** | |
| VIÁTICOS Y APLICATIVO SIGEP (Contratación) | | **OLGA LUCIA RODRIGUEZ USGAME** | |
| APOYO COORDINACIÓN ACADÉMICA - TITULADA | | **JOSE LUIS SAMANIEGO CASTELLANOS** | |
| SUPERVISOR DE CONTRATO | | **JAVIER GOMEZ PULIDO** | |

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS : _____

Firma del Contratista