SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL QUINDÍO
CENTRO PARA EL DESARROLLO TECNOLOGICO DE LA CONSTRUCCION FP

Código Regional	**63**
Código Centro	**923110**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**05778-131775**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: JOHAN GUSTAVO HERNANDEZ MORENO
Correo electrónico contratista: jghernandezo@sena.edu.co
C.C. 1.032.362.416 **IP/Nº de contacto** 3146790142

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: BANCO CAJA SOCIAL **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 24052662506

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 5180375/2023 **Nº Compromiso SIIF** **60023**

Valor Total del Contrato	$ 21.691.800	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 18.076.500	**2**	**Del**	**01/08/2023**	**Al**	**31/08/2023**	**$ 4.017.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 14.059.500		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)
SERVICIOS PERSONALES: ORIENTAR FORM. TITULADA/COMPLEMENTARIA PRESENCIAL / VIRTUAL NIS 2023-02-253280

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.017.000		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	**$ 4.017.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.361.675**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7889160091**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.606.800	$ 1.446.120
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 200.900	$ 180.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 257.100	$ 231.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.400	$ 7.600
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.004.250	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -	
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 $ 1.357.184	$ 401.700	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 787.225	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.361.675,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
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	0,000%
-	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	**$4.017.000,00**	

SON: CUATRO MILLONES DIECISIETE MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ejecutar la formación profesional integral de acuerdo con el diseño curricular y proyecto formativo de los programas relacionados
Aplicar según la modalidad y nivel de formación, estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación
Aplicar y hacer cumplir el reglamento del aprendiz, así como el manual de convivencia del Centro de Formación.
Emitir juicio valorativo sobre el nivel de cumplimiento de los resultados de aprendizajes de las competencias del programa

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.

JOHAN GUSTAVO HERNANDEZ MORENO
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,

OSCAR IVAN GARCIA PINEDA
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

ANSTRONG ALBERTO GOMEZ RIOS

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1032362416
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		JOHAN GUSTAVO	HERNANDEZ MORENO
CIUDAD/MUNICIPIO:	LA DORADA	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CALLE 7 N 8-76 LA MAGDALENA	TELÉFONO:	8574672
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Educación de instituciones
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7889160091**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		4			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/08/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		88849976

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 258.300
SUBTOTAL:			1	**$ 258.300**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 201.900
SUBTOTAL:			1	**$ 201.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 8.500
SUBTOTAL:			1	**$ 8.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 466.400**
VALOR MORA:	**$ 2.300**
TOTAL PAGADO:	**$ 468.700**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1032362416
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JOHAN GUSTAVO HERNANDEZ MORENO
CIUDAD/MUNICIPIO:	LA DORADA	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CALLE 7 N 8-76 LA MAGDALENA	TELÉFONO:	8574672
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Educación de instituciones universitarias o de es
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7889160091**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	julio	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	julio	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		4					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/08/08		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		88849976	

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	$ 257.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.200	$ 0	$ 257.100	$ 1.200	$ 258.300
SUBTOTALES:										**$ 257.100**	**$ 1.200**	**$ 258.300**

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	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 200.900	$ 0	$ 1.000	$ 0	$ 200.900	$ 1.000	$ 0	$ 201.900
SUBTOTALES:													**$ 200.900**	**$ 1.000**	**$ 0**	**$ 201.900**

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	$ 8.400	$ 8.400	$ 100	$ 0	$ 8.500
SUBTOTALES:									**$ 8.400**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 8.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP																	
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	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1032362416	HERNANDEZ MORENO JOHAN GUSTAVO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.606.800				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.606.800	$ 257.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 257.100	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.606.800	$ 200.900	$ 0	$ 200.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.606.800	103236241	$ 8.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 468.700**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 30 de Enero de 2023

SENA - CFP-639231
Radicacion Recibida
No:63-1-2023-000421
30/01/2023 10:50:11 a. m.
Destinatario: 639231

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:

C.C.	**23790395**	**EMMA MORENO CAÑIZALES**	**MADRE**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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.

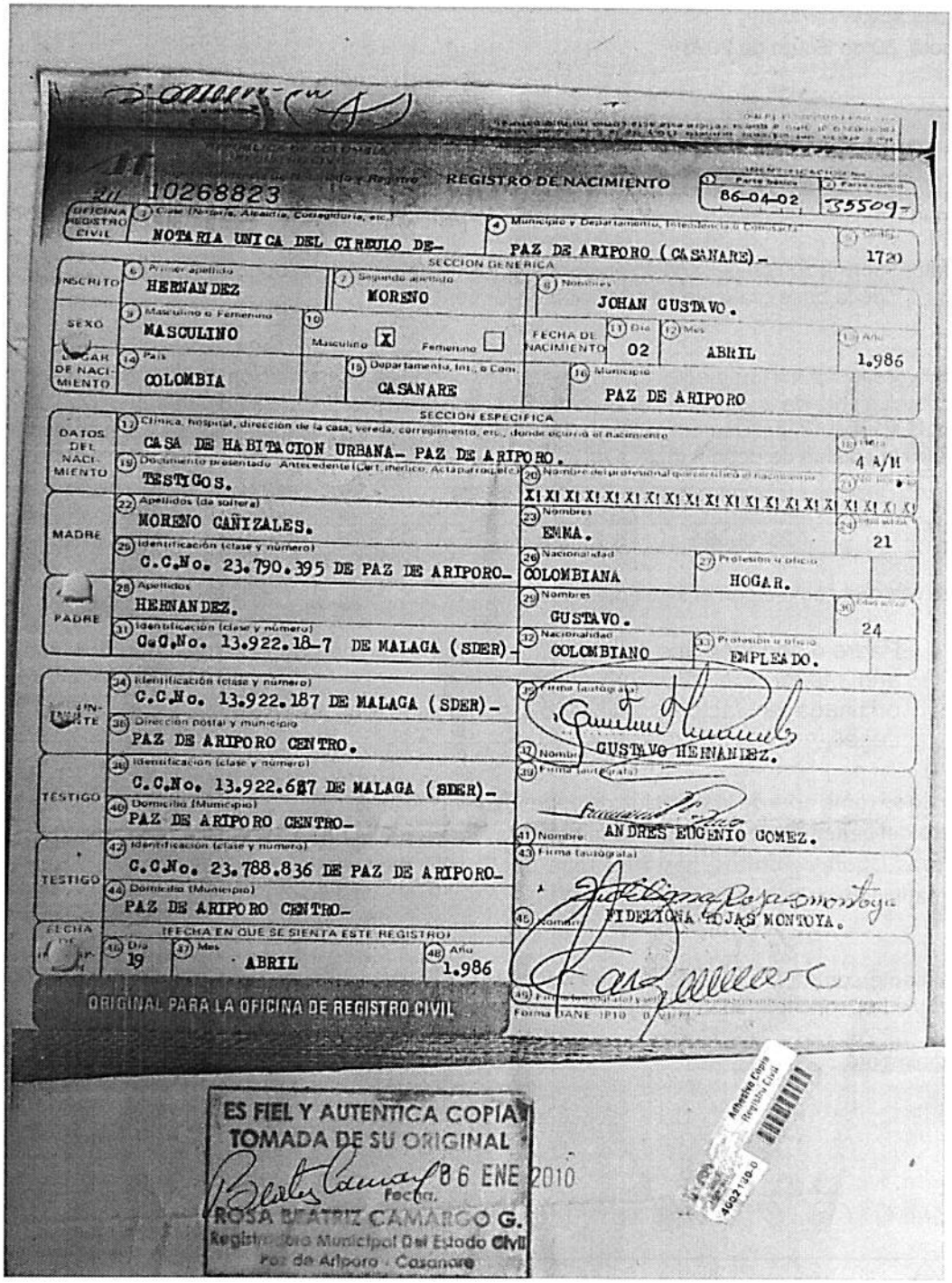
Cordialmente,

Johan G. Hernandez

FIRMA

Nombre: JOHAN GUSTAVO HERNANDEZ MORENO

C.C. 1032362416



REGISTRO DE NACIMIENTO

NUIP 10268823

Parte básico: 86-04-02 — Parte consecutivo: 35509-

OFICINA REGISTRO CIVIL

(2) Clase (Notaría, Alcaldía, Corregiduría, etc.): NOTARIA UNICA DEL CIRCULO DE-

(4) Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría: PAZ DE ARIPORO (CASANARE)-

(5) Folio: 1720

SECCION GENERICA

INSCRITO

(6) Primer apellido: HERNANDEZ

(7) Segundo apellido: MORENO

(8) Nombres: JOHAN GUSTAVO.

SEXO

(9) Masculino o Femenino: MASCULINO

(10) Masculino [X] Femenino [ ]

LUGAR DE NACIMIENTO

(14) País: COLOMBIA

(15) Departamento, Int., o Com.: CASANARE

(16) Municipio: PAZ DE ARIPORO

FECHA DE NACIMIENTO

(11) Día: 02 (12) Mes: ABRIL (13) Año: 1.986

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO

(17) Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento: CASA DE HABITACION URBANA- PAZ DE ARIPORO.

(18) Hora: 4 A/M

(19) Documento presentado: Antecedente (Cert. médico, Acta parroq. etc.): TESTIGOS.

(20) Nombre del profesional que asistió el nacimiento: X! X! X! X! X! X! X! X! X! X! X! X! X! X! X! X! X! X! X! X!

(21) [ ]

MADRE

(22) Apellidos (de soltera): MORENO CAÑIZALES.

(23) Nombres: EMMA.

(24) Edad actual: 21

(25) Identificación (clase y número): C.C.No. 23.790.395 DE PAZ DE ARIPORO-

(26) Nacionalidad: COLOMBIANA

(27) Profesión u oficio: HOGAR.

PADRE

(28) Apellidos: HERNANDEZ.

(29) Nombres: GUSTAVO.

(30) Edad actual: 24

(31) Identificación (clase y número): C.C.No. 13.922.18-7 DE MALAGA (SDER)-

(32) Nacionalidad: COLOMBIANO

(33) Profesión u oficio: EMPLEADO.

DECLARANTE

(34) Identificación (clase y número): C.C.No. 13.922.187 DE MALAGA (SDER)-

(35) Dirección postal y municipio: PAZ DE ARIPORO CENTRO.

(37) Firma (autógrafa): [signature]

(38) Nombre: GUSTAVO HERNANDEZ.

TESTIGO

(36) Identificación (clase y número): C.C.No. 13.922.627 DE MALAGA (SDER)-

(40) Domicilio (Municipio): PAZ DE ARIPORO CENTRO-

(39) Firma (autógrafa): [signature]

(41) Nombre: ANDRES EUGENIO GOMEZ.

TESTIGO

(42) Identificación (clase y número): C.C.No. 23.788.836 DE PAZ DE ARIPORO-

(44) Domicilio (Municipio): PAZ DE ARIPORO CENTRO-

(43) Firma (autógrafa): [signature]

(45) Nombre: FIDELICIA ROJAS MONTOYA.

FECHA DE INSCRIPCION

[FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO]

(46) Día: 19 (47) Mes: ABRIL (48) Año: 1.986

(49) Firma funcionario(a) y sello: [signature]

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

Forma DANE IP10

ES FIEL Y AUTENTICA COPIA
TOMADA DE SU ORIGINAL
Fecha: 06 ENE 2010
ROSA BEATRIZ CAMARGO G.
Registradora Municipal Del Estado Civil
Paz de Ariporo - Casanare

Alfredia Rojas
Registro Civil
4082150-B



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
23.790.395
NUMERO
MORENO CAÑIZALES
APELLIDOS
EMMA
NOMBRES
FIRMA



INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 16-SEP-1964
PAZ DE ARIPORO
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
31-OCT-1984 PAZ DE ARIPORO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
A-0904900-35154981-F-0023790395-20070716
00119 07197H 01 2178036346

El Suscrito Contador Público Titulado, YESICA FERNANDA SALDAÑA MOLINA, identificado con cédula de ciudadanía número 24.715.903 expedida en la Dorada (Caldas), con Tarjeta Profesional Vigente No. 118237-T expedida por la junta central de Contadores.

CERTIFICA QUE

El señor Johan Gustavo Hernández Moreno, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.032.362.416 expedida en Bogotá D.C. declaro bajo la gravedad de juramento que mi Madre, de Emma Moreno Cañizales C.C. 23.790.395 la cual dependen económicamente de mí, en su condición de la tercera edad.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado, dado en la Dorada (Caldas) a los once (11) días del mes de enero del año 2023.

Cordialmente,

YESICA FERNANDA SALDAÑA MOLINA
C.C. 24.715.903 La Dorada – Caldas


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 24.715.903
SALDAÑA MOLINA
APELLIDOS
YESICA FERNANDA
NOMBRES
FIRMA


República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
118237-T
YESICA FERNANDA
SALDAÑA MOLINA
C.C. 24715903
RESOLUCION INSCRIPCION 103 FECHA 2006/04/20
UNIVERSIDAD FUND.UNIV.LOS LIBERTADORES
PRESIDENTE
LUZ MYRIAM DÍAZ MUÑOZ 128123


FECHA DE NACIMIENTO 25-ABR-1982
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
23-MAY-2000 LA DORADA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-0904900-35083401-F-0024715903-20071002 0095007276L 02 091903092


FIRMA DEL TITULAR 38586
Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:
301F6C477DC6208D

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **YESICA FERNANDA SALDAÑA MOLINA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 24715903 de LA DORADA (CALDAS) Y Tarjeta Profesional No 118237-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS ....

Dado en BOGOTA a los 8 días del mes de Noviembre de 2021 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado