SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C

Código Regional	**11**
Código Centro	**940510**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**05973-046892**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: WILLIAM ALEXANDER TRUJILLO ROA
Correo electrónico contratista: wtrujillor@gmail.com
C.C. 80.852.251 **IP/Nº de contacto** 14474

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

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 91216108570

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: 5263670/2023 **Nº Compromiso SIIF** 89023

Valor Total del Contrato	$ 18.973.500	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 2.593.500	**5**	**Del**	**01/12/2023**	**Al**	**19/12/2023**	**$ 2.593.500,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: Prestar servicios profesionales con plena autonomía técnica, administrativa y financiera, para orientar la formación de programas complementarios de modalidad presencial según demanda y oferta de la población que atienda la coordinación académica, garantizando el cumplimiento del proceso formativo de los aprendices del Centro de Servicios Financieros, atendiendo los lineamientos

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.593.500		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	**$ 2.593.500**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.498.088**		**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	----------	**73059137**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 1.638.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 204.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600	$ 262.100
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.100	$ 8.600
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 648.375	$ -	
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	$ 259.350	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 499.363	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.498.088,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.262.900,00	
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	21.860,00	0,966%
-	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	**$2.571.640,00**	

SON: DOS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y UN MIL SEISCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

obl1: Recolección de información de las fichas asignadas para planificar las sesiones de formación, las cuales son: 2890436 Apre28 H
Obl4:Se realizó el proceso de inscripción y matricula de las fichas asignadas de acuerdo a los tiempos establecidos por la Coordinació
Manejo de herramientas ofimáticas con las fichas 2890436 Apre28 Hor24 2890443 Apre35 Hor30 2890460 Apre42 Hor24 2890457 Apre51
Obl5: Opción 1: Se realizó atención a los aprendices por correo electrónico y/o telefónicamente. Opción 2: Se realizó acompañamiento
de manera presencial y/o sincrónica. Desarrollo de Guías, Talleres y acompañamiento del material de apoyo. Opción 3: Para los instruct
Obl6Se registraron los juicios de evaluación en el aplicativo sofia plus de las fichas : 2890436 Apre28 Hor24 2890443 Apre35 Hor30
plus de las fichas : 2890436 Apre28 Hor24 2890443 Apre35 Hor30 2890460 Apre42 Hor24 2890457 Apre51 Hor30 2890448 Apre30 Hor2
Obl7 Se solicitó a tiempo la inscripción y matricula de las fichas asignadas o gestionadas de acuerdo a los tiempos establecidos por l
Obl16 Informe de gestión contractual Reporte de Horas Sofia plus para el mes de Diciembre de 2023. Planilla de pago de aportes Salud

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.

WILLIAM ALEXANDER TRUJILLO ROA
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,

DIEGO ALEJANDRO MARTINEZ ROJAS
INSTRUCTOR G16

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

MIREYA PARRA PINTO

SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80852251	WILLIAM ALEXANDER TRUJILLO ROA	kr 7 41 21	3102432	elbuenjob@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-11	2023-11	I	11/12/2023	73059137	$479.000	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	206.300	0		0		0	0	0	0	206.300	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	264.000	0	0	0	0	0	0		264.000	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	8.700				8.700	0	0	8.700			87	8.700	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	206.300	206.300
Pensión	1	264.000	264.000
Riesgos Laborales	1	8.700	8.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	479.000	479.000

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80852251	WILLIAM ALEXANDER TRUJILLO ROA		kr 7 41 21	3102432	elbuenjob@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-11	2023-11	I	11/12/2023	73059137	$479.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	80852251	TRUJILLO ROA WILLIAM ALEXANDER	59	0			N																	230301	1.650.000	264.000	0	0	0	0	EPS010	1.650.000	206.300	14-23	1.650.000	1	8.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **WILLIAM ALEXANDER TRUJILLO ROA**, identificada con **CC** número **80852251**, aportó por el empleado **WILLIAM ALEXANDER TRUJILLO ROA** identificado(a) con **CC** número **80852251** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 02 - 2023 y 11 - 2023 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS010	EPS Sura	57															0		30	$1,650,000	0.12500	$206,300	$0	$0	Febrero - 2023	66301590	14/03/2023	NO
230301	Porvenir	57															0		30	$1,650,000	0.16000	$264,000	$0	$0	Febrero - 2023	66301590	14/03/2023	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	57															0		30	$1,650,000	0.00522	$8,700	$0	$0	Febrero - 2023	66301590	14/03/2023	NO
EPS010	EPS Sura	59															0		30	$1,650,000	0.12500	$206,300	$0	$0	Marzo - 2023	66726249	03/04/2023	NO
230301	Porvenir	59															0		30	$1,650,000	0.16000	$264,000	$0	$0	Marzo - 2023	66726249	03/04/2023	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,650,000	0.00522	$8,700	$0	$0	Marzo - 2023	66726249	03/04/2023	NO
EPS010	EPS Sura	59															0		30	$1,650,000	0.12500	$206,300	$0	$0	Abril - 2023	67764121	11/05/2023	NO
230301	Porvenir	59															0		30	$1,650,000	0.16000	$264,000	$0	$0	Abril - 2023	67764121	11/05/2023	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,650,000	0.00522	$8,700	$0	$0	Abril - 2023	67764121	11/05/2023	NO
EPS010	EPS Sura	59															0		30	$1,650,000	0.12500	$206,300	$0	$0	Mayo - 2023	68329783	05/06/2023	NO
230301	Porvenir	59															0		30	$1,650,000	0.16000	$264,000	$0	$0	Mayo - 2023	68329783	05/06/2023	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,650,000	0.00522	$8,700	$0	$0	Mayo - 2023	68329783	05/06/2023	NO
EPS010	EPS Sura	59															0		30	$1,650,000	0.12500	$206,300	$0	$0	Junio - 2023	69110333	06/07/2023	NO
230301	Porvenir	59															0		30	$1,650,000	0.16000	$264,000	$0	$0	Junio - 2023	69110333	06/07/2023	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,650,000	0.00522	$8,700	$0	$0	Junio - 2023	69110333	06/07/2023	NO
EPS010	EPS Sura	59															0		30	$1,650,000	0.12500	$206,300	$0	$0	Julio - 2023	69952029	08/08/2023	NO
230301	Porvenir	59															0		30	$1,650,000	0.16000	$264,000	$0	$0	Julio - 2023	69952029	08/08/2023	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,650,000	0.00522	$8,700	$0	$0	Julio - 2023	69952029	08/08/2023	NO
EPS010	EPS Sura	59															0		30	$1,650,000	0.12500	$206,300	$0	$0	Agosto - 2023	70571839	05/09/2023	NO
230301	Porvenir	59															0		30	$1,650,000	0.16000	$264,000	$0	$0	Agosto - 2023	70571839	05/09/2023	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **19** días del mes **Diciembre** de **2023**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,650,000	0.00522	$8,700	$0	$0	Agosto - 2023	70571839	05/09/2023	NO
EPS010	EPS Sura	59															0		30	$1,650,000	0.12500	$206,300	$0	$0	Septiembre - 2023	71289809	02/10/2023	NO
230301	Porvenir	59															0		30	$1,650,000	0.16000	$264,000	$0	$0	Septiembre - 2023	71289809	02/10/2023	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,650,000	0.00522	$8,700	$0	$0	Septiembre - 2023	71289809	02/10/2023	NO
EPS010	EPS Sura	59															0		30	$1,650,000	0.12500	$206,300	$0	$0	Octubre - 2023	72372251	10/11/2023	NO
230301	Porvenir	59															0		30	$1,650,000	0.16000	$264,000	$0	$0	Octubre - 2023	72372251	10/11/2023	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,650,000	0.00522	$8,700	$0	$0	Octubre - 2023	72372251	10/11/2023	NO
EPS010	EPS Sura	59															0		30	$1,650,000	0.12500	$206,300	$0	$0	Noviembre - 2023	73059137	11/12/2023	NO
230301	Porvenir	59															0		30	$1,650,000	0.16000	$264,000	$0	$0	Noviembre - 2023	73059137	11/12/2023	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,650,000	0.00522	$8,700	$0	$0	Noviembre - 2023	73059137	11/12/2023	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **19** días del mes **Diciembre**de **2023**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 31 de Diciembre 2023

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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

NUIP - NIP	**1028444581**	**Maria Juanita Trujillo Gutierrez**	**HIJO**
NUIP - NIP	**1019845444**	**Maria Julieta Trujillo Gutierrez**	**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: William Trujillo Roa

C.C. 80.852.251

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

17727624-6

NUIP 1.028.444.581

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54924170

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A B R

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

REGISTRADURIA DE USAQUEN-CL REINA SOFIA - COLOMBIA - CUNDINAMARCA -

Datos del inscrito

Primer Apellido: TRUJILLO

Segundo Apellido: GUTIERREZ

Nombre(s): MARIA JUANITA

Fecha de nacimiento: Año 2014 Mes DIC Día 11

Sexo (en letras): FEMENINO

Grupo sanguíneo: O

Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 52985116-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: GUTIERREZ ROMERO DIANA CONSTANZA

Documento de identificación (Clase y número): CC 52.711.587

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: TRUJILLO ROA WILLIAM ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número): CC 80.852.251

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: TRUJILLO ROA WILLIAM ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número): CC 80.852.251

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 2014 Mes DIC Día 13

Nombre y firma del funcionario que autoriza

LEONEL TORRES NAVAS - REGISTRADOR

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

FOTOCOPIA AUTENTICA DEL SERIAL ORIGINAL DE REGISTRO CIVIL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA OFICINA, SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO (Art. 115 del Dec. 1260 de 1970). TIENE VIGENCIA PERMANENTE (Art. 2 del Dec. 2189 de 1983). SE OMITE SELLO (Art. 11 del Dec. 2150 de 1995).

GASTON FERNANDO CUAN NARANJO
REGISTRADOR AUXILIAR DE USAQUÉN, LOC. 01, BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Expedición
12 NOV 2015

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1019845444 — Indicativo Serial 34729390

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 30 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 5 E

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

*** COLOMBIA *** CUNDINAMARCA *** BOGOTA D.C. *****

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
TRUJILLO	GUTIERREZ

Nombre(s): MARIA JULIETA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes MAR Día 03	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA **** CUNDINAMARCA ******* BOGOTA D.C. *****

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigo	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13654059-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: GUTIERREZ ROMERO DIANA CONSTANZA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 52711587 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: TRUJILLO ROA WILLIAM ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 80852251 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: TRUJILLO ROA WILLIAM ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 80852251 DE BOGOTA D.C.	

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 2016 Mes MAR Día 04	GUILLERMO HERNANDO BAYONA COMBARIZA Nombre y firma

NOTARIA TREINTA BOGOTÁ, D.C. NOTARIO (E)

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

LA NOTARIA TREINTA (30) DEL CIRCULO DE BOGOTÁ D.C., HACE CONSTAR QUE LA PRESENTE COPIA FUE TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DEL **REGISTRO CIVIL** DE ESTA NOTARIA Y QUE ES **AUTÉNTICA**.
SE EXPIDE PARA DEMOSTRAR **PARENTESCO** A SOLICITUD DEL INTERESADO.
ART. 114 Y 115 DECRETO LEY 1260 DE 1.970.
ESTA COPIA DE REGISTRO CIVIL NO TIENE CADUCIDAD – DEC. 2189 DE 1983

SE EXPIDE EN BOGOTÁ, D.C., HOY 08 FEB 2017

ROSA MERCEDES ROMERO PINTO
NOTARIA TREINTA (30) DE BOGOTÁ D.C.
Carrera 15 No. 92-73 Pbx 6160030 notaria30@notaria30.net

SENA	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA PROCESO DE GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA RELACION DE BIENES A CARGO DEL CUENTADANTE	Versión: 1.01 Fecha: 15.10.2020

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el Sr(a) WILLIAM ALEXANDER TRUJILLO ROA identificado(a) con CC. 80852251 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 16 de Diciembre de 2023 a las 21:56:06

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.

	Versión: 05
	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: WILLIAM ALEXANDER TRUJILLO ROA						**IDENTIFICACIÓN**
CIUDAD	Bogotá	**FECHA**	**19/12/2023**	**REGIONAL**	**Distrito Capital**	**80.852.251**
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:			**Centro de Servicios Financieros**			
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:	No CO1.PCCNTR.5263670					

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		**Nestor Alonso Puerto Jimenez**	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS			
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL		**Diego Alejandro Martinez Rojas**	
ALMACÉN E INVENTARIOS		**Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo.**	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)		**Diana Juranny Nustes Garcia**	
CONTABILIDAD		**Carlos Andres Perea**	
TESORERIA		**Nestor Willian Avila Alfonso**	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA		**Diego Alejandro Martinez Rojas**	
BIBLIOTECA		Cristian Castro	
OTRO			
OTRO			
SUPERVISOR DE CONTRATO		**Diego Alejandro Martinez Rojas**	

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

OTROS : _____

Firma del Contratista