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	**Febrero de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**48935-734727**

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: 5852807/2024 **Nº Compromiso SIIF** 24424

Valor Total del Contrato	$ 46.739.371	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 46.739.371	**1**	**Del**	**01/02/2024**	**Al**	**29/02/2024**	**$ 4.465.545,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 42.273.826		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR:ORIENTAR FORMACION INTEGRAL TITULADA COMPLEMENTARIA PRESENCIAL/VIRTUAL 63-9-2024-000793

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545		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	**$ 4.465.545**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.625.368**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7912029357**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.786.218	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 223.300	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 285.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 9.400	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 1.116.386	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500	$ -	
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 $ 1.506.080	$ 446.555	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 875.123	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.625.368,00	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	**$4.465.545,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientación de las Actividades de Enseñanza Aprendizaje Evaluación para los programas de formación
Se usa el carnet todo el tiempo
Pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral

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,

LUIS ALBERTO GOMEZ GRAJALES
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

ADRIANA MARITZA VANEGAS CASTILLO

SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JOHAN GUSTAVO HERNANDEZ MORENO identificado(a) con CC 1032362416 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**01/08/2019**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. IDIME SA ARMENIA SEDE NORTE**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 2 días del mes de marzo del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOHAN GUSTAVO HERNANDEZ MORENO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1032362416,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/2014** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 02 de marzo de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Armenia, 25 de Febrero de 2024

Señores
SENA
Regional Quindío.

Cordial Saludo**.**

De acuerdo con las modificaciones realizadas por la ley 2277 de diciembre 13 de 2022 y el Decreto 2231 de diciembre 22 de 2023, es preciso indicar que para efectos de aplicar retención en la fuente a título de renta manifiesto bajo la gravedad de juramento que:

SI_____ No__x____

Utilizo costos asociados al ingreso objeto del cobro del contrato No **CO1.PCCNTR.5852807** suscrito con la entidad.

Agradezco tener presente esta certificación a fin de practicar las retenciones en la fuente a titulo de renta.

Cordialmente,



Firma
JOHAN GUSTAVO HERNANDEZ MORENO

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:			**7912029357**	TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero	AÑO	2024
DÍAS DE MORA:			20					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/02/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				474609037

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	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.800	$ 0	$ 208.000	$ 3.800	$ 211.800
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 3.800**	**$ 211.800**

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	$ 162.500	$ 0	$ 3.000	$ 0	$ 162.500	$ 3.000	$ 0	$ 165.500
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 3.000**	**$ 0**	**$ 165.500**

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	$ 6.800	$ 6.800	$ 200	$ 0	$ 7.000
SUBTOTALES:									**$ 6.800**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 7.000**

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 1032362416	HERNANDEZ MORENO JOHAN GUSTAVO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	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	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	103236241	$ 6.800

PARAFISCALES

Nº	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	**$ 384.300**

Planilla Pagada

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:	**7912029357**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		20			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/02/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		474609037

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 211.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 211.800**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 165.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 165.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 7.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 7.000**

VALOR SIN MORA:	**$ 377.300**
VALOR MORA:	**$ 7.000**
TOTAL PAGADO:	**$ 384.300**

Planilla Pagada

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 14983877229

(415)7707212489984(8020) 000001498387722 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1032362416	0	Impuestos y Aduanas de Manizales 10	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1032362416	2004 05 25

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HERNANDEZ	MORENO	JOHAN	GUSTAVO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Caldas 17	La Dorada 380

41. Dirección principal: CL 7 8 76

42. Correo electrónico: jghernandezm@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
175030	3146790142	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8551	2003 02 01	9511	2004 01 01	6202			2131	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 49																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 02 - 23 / 16 : 12: 47

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre HERNANDEZ MORENO JOHAN GUSTAVO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Armenia - Quindio, 25 de febrero de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

Armenia – Quindio.

SENA - CPP-639231
Radicacion Recibida
No 463-1-2024-000864
26/02/2024 3:39:18 p.m.
Destinatario 639231

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. 1.032.362.416

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

La Señora EMMA MORENO CANIZALEZ CON C.C. 23.790.395, depende económicamente del señor JOHAN GUSTACO HERNANDEZ MORENO con cedula de ciudadanía 1.032.362.416, quien es su hijo.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada, dado en la Dorada (Caldas) a los veintiséis (26) días del mes de Febrero del 2024.

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



Republica 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
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
P-0904900-35083401-F-0024715903-20071002 00950 07276L 02 091993092



FIRMA DEL TITULAR 39656
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:
9BB59D9094DB3942

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador publico **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 19 días del mes de Febrero de 2024 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

REGISTRO DE NACIMIENTO

NUIP 10268823

Serie Indice: 86-04-02 | Serie Numero: 35509-

OFICINA REGISTRO CIVIL: NOTARIA UNICA DEL CIRCULO DE- | Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría: PAZ DE ARIPORO (CASANARE)- | 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: | FECHA DE NACIMIENTO: (11) Día: 02 | (12) Mes: ABRIL | (13) Año: 1.986

LUGAR DE NACIMIENTO: (14) País: COLOMBIA | (15) Departamento, Int., o Com.: CASANARE | (16) Municipio: PAZ DE ARIPORO

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 atendió el nacimiento: X! 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) 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) 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) Firma (autógrafa): Gustavo Hernandez | (36) Dirección postal y municipio: PAZ DE ARIPORO CENTRO. | (37) Nombre: GUSTAVO HERNANDEZ.

TESTIGO: (38) Identificación (clase y número): C.C.No. 13.922.687 DE MALAGA (SDER)- | (39) Firma (autógrafa): Andres Eugenio Gomez | (40) Domicilio (Municipio): PAZ DE ARIPORO CENTRO- | (41) Nombre: ANDRES EUGENIO GOMEZ.

TESTIGO: (42) Identificación (clase y número): C.C.No. 23.788.836 DE PAZ DE ARIPORO- | (43) Firma (autógrafa): Fidelicia Rojas Montoya | (44) Domicilio (Municipio): PAZ DE ARIPORO CENTRO- | (45) Nombre: FIDELICIA ROJAS MONTOYA.

FECHA (FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO): (46) Día: 19 | (47) Mes: ABRIL | (48) Año: 1.986

(49) Firma funcionario y sello: Cesar Gallardo C.

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

Forma DANE 1P10 0 VE...

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

Adhesivo Copia Registro Civil

4032 1000

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **23.790.395**

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 0011907197H 01 217600346