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)

REGIONAL CESAR

CENTRO AGOREMPRESARIAL-CESAR

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**20**
Código Centro	**952010**
Fecha Elaboración	**Julio de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**16718-927097**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	OSCAR MANUEL MEDINA NAVARRO	**Banco a consignar:**	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	19.673.773	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ommedinan@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	539236836
IP/Nº de contacto:	3160785898	**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 2023**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (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:	6001381/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**30024**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	8

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: CAMPESENA EN EL ÁREA DE AGROINDUSTRIA PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL PRESENCIAL Y/O VIRTUAL EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN REGULAR TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA DEL CENTRO CPE NO. 20-9-2024-002317

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/07/2024 Al 31/07/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 17.862.180
Número de pago	**5**	**Valor Total del Contrato:**	$ 35.724.360
Valor Bruto Pago:	**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 13.396.635

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 286.042	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.751.587**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.811.628**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Julio	Junio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**7930451120**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.218	$ 1.786.218
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 223.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 285.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 18.700	$ 18.700
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
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		$ 475.159	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 24.787.566	$ 937.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 4.813.798		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.811.628,00	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	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
Pro-Universidad	23.758,00	0,500%
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	**$4.441.787,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN MIL SETECIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir Formación Profesional Integral en la ficha 3004152 en el corregimiento Zapatosa- Tamalameque.

Impartir Formación Profesional Integral en la ficha 3004154 en el municipio- Tamalameque.

Impartir Formación Profesional Integral en la ficha 3027012 en el municipio- Tamalameque.

Impartir Formación Profesional Integral en la ficha 3027013 en el corregimiento Zapatosa- Tamalameque.

Impartir Formación Profesional Integral en la ficha 3030001 en el municipio- San Alberto.

Asociar fichas: 3027012, 3027013 y 3030001.

Emitir juicios fichas: 3004152 y 3004154.

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

OSCAR MANUEL MEDINA NAVARRO
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 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,

JOSE ALEJANDRO OROZCO OCHOA
INSTRUCTOR G08

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
SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

15/07/24 02:25:56 USUARIO: SIC - C.C. 19673773

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	19673773
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OSCAR MANUEL MEDINA NAVARRO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAN ALBERTO	DEPARTAMENTO:	CESAR
DIRECCIÓN:	DIAGONAL 2C # 8-08 BRISAS	TELÉFONO:	5645507
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7930451120**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/07/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		756319732

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	$ 285.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 285.900**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900226715	ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1	$ 223.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 223.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 18.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 18.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 527.900**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 527.900**

Planilla Pagada

Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País

Usuario que Genera Reporte:	MHscaselle	SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-020-952010	CENTRO AGROEMPRESARIAL-CESAR
Fecha y Hora Generación Reporte:	miércoles, 19 de junio de 2024	

Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

Solicitud de Comisión No.	73924	**Fecha Solicitud**	2024-06-18	**Estado de la Comisión**	Autorizada	**Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-020-952010 CENTRO AGROEMPRESARIAL-CESAR**			
Tipo de Comisión	Servicio	**Fecha Aut./ Rech.**	2024-06-19	**Genera Viáticos**	SI	**Genera gastos de viaje**	No	**Requiere Pasajes Aéreos**	NO
Transporte por Vía	Terrestre	**Área u Oficina**	CAMPESENA			**Tipo de trámite**	Inicial	**Comisión Inicial**	

CDP de viáticos

Consecutivo CDP	3624	**Dependencia Solicitante**	952045 CENTRO AGROEMPRESARIAL-CESAR - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION
Rubro Presupuestal de Viaticos	C-3603-1300-19-708020-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACION DE LA ECONOMÍA CAMPESINA Y DE LA ECONOMÍA POPULAR NACIONAL	**Rubro Presupuestal de Gastos de Viaje**	-

Nombre	Tipo y Número de Documento	Cargo	Estado	Fecha Inicial Comisión	Fecha final Comisión	Dpto. / Municipio Origen	Dpto. / Municipio Destino	N°. Días	Pernocta Último día Comisión	Porcentaje Pernocta	Total dias	Base de Liquidación	Valor Viático Diario	Valor Total Viáticos	Valor Gastos de Viaje	Valor total a pagar	Objeto de la Comisión por Tercero
OSCAR MANUEL MEDINA NAVARRO	CC: 19673773	CONTRATISTA	Autorizada	2024-06-24	2024-06-24	CESAR / AGUACHICA	CESAR / TAMALAMEQUE	0,5	No	50	1	4.465.545,00	286.042,00	286.042,00	0,00	286.042,00	VIATICOS FORMACION 24 25 JUN TAMALAMEQUE - IMPARTIR FORMACIÓN EN LA FICHA 3004152 ASIGNADAS DE MANERA PRESENCIAL A LOS APRENDICES DEL PROGRAMA CAMPESENA
				2024-06-25	2024-06-25	CESAR / AGUACHICA	CESAR / TAMALAMEQUE	0,5	No	50							
											Totales Solicitud de Comisión			**286.042,00**	**0,00**	**286.042,00**	

OBJETO DE LA COMISIÓN

VIATICOS FORMACION 24 25 JUN TAMALAMEQUE - IMPARTIR FORMACIÓN EN LA FICHA 3004152 ASIGNADAS DE MANERA PRESENCIAL A LOS APRENDICES DEL PROGRAMA CAMPESENA

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	49655633	Nombre:	SADY CASELLES OSORIO	Cargo:	SUBDIRECTOR CENTRO AGROEMPRESARIAL - CESAR

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Firmado digitalmente por: MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
Serial del certificado: 554082733637466296 8
Entidad: Persona Juridica
Unidad Organizacional: SUBDIRECCION DE OPERACIONES
Hora de firma: 2024/06/19 12:51:44 -05:00

Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.

Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País

Usuario que Genera Reporte:	MHscaselle	SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-020-952010	CENTRO AGROEMPRESARIAL-CESAR
Fecha y Hora Generación Reporte:	miércoles, 19 de junio de 2024	

VISTO BUENO JEFE INMEDIATO

Nombre:	""	Cargo:	""

Firma Responsable

Verificado Por:	MARIBEL ANGARITA VEGA	Fecha Verificación:	19/06/2024 8:00:23

Firmado digitalmente por:
Nombre: SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO
Cédula de ciudadanía: 49655633
Usuario SIIF: MHscaselle
19/06/2024 12:52:04 p. m.

Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.

	Versión: 04
	Código: GTH-F-090

GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

FORMATO AGENDA DESPLAZAMIENTO CONTRATISTA

DATOS DEL CONTRATISTA QUE SE DESPLAZA								
FECHA DE ELABORACIÓN DE AGENDA					07/06/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS					IDENTIFICACIÓN:			
OSCAR MANUEL MEDINA NAVARRO					Tipo:	C.C.	No.	19673773
CONTRATO	No.	CO1.PCCNTR.6001381	AÑO	2024	FECHA VENCIMIENTO DEL CONTRATO	31	10	24
OBJETO CONTRACTUAL:	Prestar los servicios personales de carácter temporal como instructor campeSENA en el área de Agroindustria para impartir formación profesional integral presencial y/o virtual en los programas de formación Regular titulada y /o complementaria del Centro Agroempresarial del SENA en el Departamento del Cesar. Fichas 3004152 y 3004154.							
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	CESAR				DEPENDENCIA/ CENTRO	Centro Agroempresarial		
NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO (de la Movilización)	SADY TORCOROMA CASELLES				CARGO	SUBDIRECTORA(E)		
NOMBRE DEL SUPERVISOR(A) DEL CONTRATO	JOSE ALEJANDRO OROZCO OCHOA				CARGO	COORDINADOR ACADÉMICO		

INFORMACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO								
RUTA AGUACHICA/TAMALAMEQUE								
RUTA AGUACHICA/TAMALAMEQUE								
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	CESAR				DEPENDENCIA/ CENTRO	Centro Agroempresarial		
CIUDAD/DEPARTAMENTO O MUNICIPIO/DEPARTAMENTO O CIUDAD/PAIS	Cesar			ENTIDAD O EMPRESA:	JAL / ALCALDIAS		CONTACTO	3145251324
FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO	24	6	24	FECHA FIN DESPLAZAMIENTO		24	6	24
FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO	25	6	24	FECHA FIN DESPLAZAMIENTO		25	6	24
FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO				FECHA FIN DESPLAZAMIENTO				
OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO	Impartir formación en la ficha 3004152 asignadas de manera presencial, a los aprendices del programa CampeSENA							

OBLIGACIONES DEL CONTRATO	
1	Orientar la formación de aprendices en el área, en las competencias, los resultados de aprendizaje y las actividades de los proyectos de formación programados, dentro de los tiempos que, para cada acción, se determine por parte del centro de formación.
2	Desplazarse a otras ciudades o municipios diferentes al domicilio contractual para el cumplimiento del contrato, en caso de que se requiera.

AGENDA

ACTIVIDADES ((Deberá contener información detallada de las tareas a realizar día a día)

Día 1 : 24/06/2024
Desplazamientos ruta de ida: Aguachica- Tamalameque
Medio de transporte: terrestre
Actividades a ejecutar: Impartir formación en las fichas asignadas de manera presencial, a los aprendices del programa CampeSENA
Desplazamientos Internos: N/A
Desplazamientos de ruta de regreso: Tamalameque- Aguachica
Día 2: 25/06/2024
Desplazamientos ruta de ida: Aguachica- Tamalameque
Medio de transporte: terrestre
Actividades a ejecutar: Impartir formación en las fichas asignadas de manera presencial, a los aprendices del programa CampeSENA
Desplazamientos Internos: N/A
Desplazamientos de ruta de regreso: Tamalameque- Aguachica

FIRMAS

FIRMA ORDENADOR DE GASTO:	FIRMA SUPERVISOR DEL CONTRATO :	FIRMA DEL CONTRATISTA:
Sady Caselles O. Firmado digitalmente por SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO Fecha: 2024.06.14 09:20:50 -05'00'	Firmado digitalmente por JOSE ALEJANDRO OROZCO OCHOA Fecha: 2024.06.12 11:28:25 -05'00'	Oscar Medina N
Nombres y Apellidos: SADY CASELLES OSORIO	Nombres y Apellidos: JOSE ALEJANDRO OROZCO OCHOA	
Cargo: SUBDIRECTORA	Cargo: COORDINADOR ACADEMICO	Nombres y Apellidos: OSCAR MANUEL MEDINA NAVARRO

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA
Aguachica- Cesar, 28/06/2024

PRESENTADO A:
SADY TORCOROMA CASELLE OSORIO

ORDEN DE VIAJE No:	FECHA DE INICIO:	FECHA DE FINALIZACION:
73924	24/06/2024 25/06/2024	24/06/2024 25/06/2024
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA : (ciudad)**
	Cesar- Centro Agroempresarial	Tamalameque. Tamalameque.

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO:
Impartir formación en el municipio objeto de la agenda.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. Se impartió formación de Manipulación de alimentos en el municipio asignado, en el corregimiento de Zapatosa y Tamalameque.

RESULTADOS:

1. Se impartió formación y se realizó prueba de desempeño mediante manipulación de alimentos.
2. Se impartió formación y se realizó prueba de desempeño mediante lavado de manos.

EVIDENCIAS O SOPORTES: **Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe**

1. Fotos.
2. Listado de asistencia.

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA
1. Actividad práctica lavado de manos.	Aprendices	24/06/2024
2. Actividad práctica elaboración ensalada de frutas.	Aprendices	25/06/2024

CONCLUSIÓNES:
1. Se desarrolló satisfactoriamente la práctica de correcto lavado de manos.
2. Se desarrolló satisfactoriamente la práctica de manipulación de alimentos.

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE Y APELLIDO	FIRMA
OSCAR MANUEL MEDINA NAVARRO	Oscar Manuel Medina N

VISTO BUENO SUPERVISOR

CARGO DEL SUPERVISOR	NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR	FIRMA
Coordinador Académico	JOSE ALEJENDRO OROZCO OCHOA	Firmado digitalmente por JOSE ALEJANDRO OROZCO OCHOA Fecha: 2024.07.02 14:31:54 -05'00'

Evidencia- Impartir Formación Profesional Integral
Ficha: 3004152. Manipulación de alimentos. Corregimiento Zapatosa- Tamalameque.







Ficha 3004154. Manipulación de alimentos. Tamalameque.







SENA

COPIA NO CONTROLADA

LISTA DE ASISTENCIA A FORMACIÓN COMPLEMENTARIA

NOMBRE DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN: Manipulacion de alimentos

CODIGO DE FICHA: 3004152

No	IDENTIFICACIÒN	NOMBRES	CELULAR	FECHA: 18/06/2024 FIRMA	FECHA: 19/06/2024 FIRMA	FECHA: 24/06/2024 FIRMA	FECHA: 25/06/2024 FIRMA
1	49770300	Magdalena Gonzalez S	3163194291				
2	36496391	Elyohana Nieto	3145180090	Elyohana Nieto	Elyohana Nieto		Elyohana Nieto
3	26918818	Dolis Palmero	3222632299	Dolis L.P.	Dolis L.P.	Dolis L.P.	Dolis L.P.
4	26979044	maileidis enriquez	3234738074	Maileidis	Maileidis	Maileidis	Maileidis
5	36587247	Smaria fey mier C		Smfmc	Smfmc	Smfmc	Smfmc
6	1013608112	Lidi Brillith Ruiz C	3212489730	Brillith Ruiz	Brillith Ruiz	Brillith Ruiz	Brillith Ruiz
7	4497997024	Sandy Johanna Palomino S.	3184209350	Sandy Palomino S.	Sandy Palomino S.	Sandy Palomino S.	Sandy Palomino S.
8	1066.082.358	Soraida Pedroza	3024877923	Soraida Pedroza	Soraida Pedroza	Soraida P.	Soraida P
9	1066.086.297	LINDRETH AGUDELO F	3113325704	LINDRETH A.F	LINDRETH A.F	LINDRETH A.F	LINDRETH A.F
10	1064720383	Manuela Arias orozco	3205959863	Manuela Arias	Manuela Arias	Manuela Arias	Manuela Arias
11	1067.033.232	Mayuli Mora Baad	315 524 4648	Mayuli Mora	Mayuli Mora	Mayuli Mora	Mayuli Mora
12	1003335493	Margelis Arios	3137988172	Margelis A.	Margelis A.	Margelis A.	Margelis A.
13	1067032188	Liz Tatiana villarreal D.	3237785973	Liz Tatiana V.D	Liz Tatiana V.D	Liz Tatiana V.D	Liz Tatiana V.D
14	36.588948	Aderlina Baad S	3116407977	Aderlina Baad S	Aderlina Baad	Aderlina Baad	Aderlina Baad
15	63'501-630	Maritza Cárdenas R.	3222392584	Maritza Cardenas	Maritza Cardenas	Maritza Cárdenas	Maritza Cardenas
16	1067030090	Nohemi Vanegas S.	3185216999	Nohemi Vanegas S.	Nohemi Vanegas S.	Nohemi Vanegas S.	Nohemi Vanegas S.
17	36.587.605	Luz Marina Rodriguez	3107654855	Luz Marina R	Luz Marina R	Luz Marina R	Luz Marina R
18	26-666-523	MILADIS E DONADO P	3773987228				
19	1047377796	Yomaira Mejia P	3225476232	Yomaira M	Yomaira M.	Yomaira M	Yomaira M
20	26918292	Yudis Castro D	3216087898	Yudis castro	Yudis castro	Yudis castro	Yudis castro

COPIA NO CONTROLADA

LISTA DE ASISTENCIA A FORMACIÓN COMPLEMENTARIA

NOMBRE DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN: Manipulacion de alimentos

CODIGO DE FICHA: 3004152

No	IDENTIFICACIÒN	NOMBRES	CELULAR	FECHA: 18/06/2024 FIRMA	FECHA: 19/06/2024 FIRMA	FECHA: 24/06/2024 FIRMA	FECHA: 25/06/2024 FIRMA
1	1066083578	Gladys M Rico G	3173788555	Gladys M Rico	Gladys M Rico	Gladys M R	Gladys M R
2	1.193541646	Yomileth Agudelo P	3167346165	Yomileth A P	Yomileth AP	Yomileth AP	Yomileth AP
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

COPIA NO CONTROLADA

LISTA DE ASISTENCIA A FORMACIÓN COMPLEMENTARIA

NOMBRE DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN: Manipulación de alimentos

CODIGO DE FICHA: 3004154

No	IDENTIFICACIÒN	NOMBRES	CELULAR	FECHA: 18/06/2024 FIRMA	FECHA: 19/06/2024 FIRMA	FECHA: 24/06/2024 FIRMA	FECHA: 25/06/2024 FIRMA
1	1067032888	Yamile Brito Yañez	3218776596	Yamile Brito	Yamile Brito	Yamile Brito	Yamile Brito
2	1010065316	Nidia Johana Gomez	3182792991	Nidia Johana	Nidia Johana	Nidia Johana	Nidia Johana
3	49797624	Yarlit E. Brito Yañez	3145251324	Yarlit Brito Yañ	Yarlit Brito Yañez	Yarlit Brito Yañez	Yarlit Brito Yañ
4	1016073133	Katy Gutierrez B.	3003452716	Katy GutierrezB.	Katy GutierrezB	Katy GutierrezB	Katy GutierrezB
5	1067030978	Yenisch Florian R.	3227199897	Yenisch Florian	Yenisch Florian	Yenisch Florian	Yenisch Florian
6	49556240	Mariatastenia ramirez	3045235789	Mariat Ramirez	Mariat Ramirez	Mariat Ramirez	Mariat Ramirez
7	1.067 033570	Nelly DeAgua N.	3225407674	Nellys DEAGUAN	Nellys DEAGUAN	Nellys DEAGUAN	Nellys DEAGUAN
8	1.065.632.325	Elsy Mª Centeno A	3044764024	E M C	E.M.C	E M C	E M C
9	1065563200	Lozmila Granado R	3216941655	Lozmila.	Lozmila.	Lozmila	Lozmila
10	26917386	Nicolasa Gonzalez R	3016561674	N G R	N G R	Nicolasa	N G R
11	96.917.933	Alba Elena Lemus	3008524545	Alba lemus	Alba lemus	Alba Elena Lemus	Alba Elena Lemus
12	1067034361	Jennifer clavijo Marello	3155422425	Jennifer clavijo	Jennifer clavijo	Jennifer clavijo	Jennifer clavijo
13	1067037777	Katrin Daliteth R.D	3172986677	Katrin	Katrin	Katrin	Katrin
14	26918204	Duve Patricia Bello	311 314.0575				
15	1066094514	Sandrith Moreno V.	3044863672			S.	
16	53091871	Neisy Ramirez M.	3216508859	Neisy Ramirez	Neisy Ramirez	Neisy Ramirez	Neisy Ramirez
17	1.067 033570	Nelly DeAgua N.	3225407674	Nellys DEAGUAN	Nellys DEAGUAN	Nellys DEAGUAN	Nellys DEAGUAN
18	26918949	Enoris Alvarez Muttos	3113912124	Enoris Alvarez	Enoris Alvarez	Enoris Alvarez	Enoris Alvarez
19							
20							

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

AGUACHICA, 1 de Marzo del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
AGUACHICA

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:

RC	1097147425	MAITE GABRIELA MEDINA PINZON	Hijo(a)

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,



OSCAR MANUEL MEDINA NAVARRO
C.C. 19673773

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1097147425

Indicativo Serial 60693296

60693296

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [0 7] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** [Q 5 E]

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MEDINA	PINZON **********

Nombre(s)

MAITE GABRIELA **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes NOV Día 22	Femenino	O	Positivo

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	15620142-6

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

PINZON LIZARAZO JENNY MILENA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC NRO.1.098.701.877	COLOMBIANA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MEDINA NAVARRO OSCAR MANUEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC NRO. 19.673.773	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MEDINA NAVARRO OSCAR MANUEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC NRO. 19.673.773	Oscar Medina N

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 2019 Mes NOV Día 23	HECTOR [redacted] ARIZA VELA[redacted] NOTARIO SEPTIMO CIRCULO DE B[redacted] Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

JSS

REPUBLICA DE COLOMBIA Notaria Séptima Bucaramanga DPTO DE SA

26 NOV 2019

26 NOV 2019

THOMAS GREG & SONS.