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 GUAVIARE

CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL, TURISMO Y TECNOLOGICO DEL GUAVIARE

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

Código Regional	**95**
Código Centro	**953310**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**93529-438510**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CARLOS RAMOS CARRILLO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	91.015.571	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	cramosc@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	82835453533
IP/Nº de contacto:	85321	**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:	5852520/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**9724**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	8

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PARA ORIENTAR FORMACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN REGULAR, DE LA RED DE COMUNICACIÓN Y COMPETENCIAS TRANSVERSALES, INTEGRALIDAD DE LA FORMACIÓN. RDO CPE NO. 95-9-2024-000322.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/09/2024 Al 10/09/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 1.488.515
Número de pago	**8**	**Valor Total del Contrato:**	$ 32.747.330
Valor Bruto Pago:	**$ 1.488.515,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.488.515	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 1.488.515**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 721.363**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**7936825987**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.300.000	$ 1.786.218
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 162.500	$ 223.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 208.000	$ 285.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 6.800	$ 9.400
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		$ 148.852	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 24.787.566	$ 241.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 7.505.797		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	721.363,00	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-Univesidad de la Amazonia	7.443,00	0,000%
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	**$1.481.072,00**	

SON: UN MILLÓN CUATROCIENTOS OCHENTA Y UN MIL SETENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se impartió formación sobre la estructura argumentativa y la redacción de documentos comerciales según la GTC 185 de 2009.

Se impartió la competencia de procesos de comunicación eficaces y asertivos al Tgo. Gestión Agroempresarial Virtual.

Se impartió formación sobre estrategias para hablar en público, técnica vocal y elaboración de diapositivas impactantes.

Se impartió formación sobre estrategias para hablar en público, técnica vocal y elaboración de diapositivas impactantes.

Se impartió formación sobre estructuras de textos empresariales, gramática y redacción actualizada según norma GTC 185 de 2009.

Se hizo administración de la formación profesional integral de programas de titulada y complementaria de comunicación.

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

CARLOS RAMOS CARRILLO
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,

EZEQUIEL TARAZONA MURILLO
COORDINADOR ACADÉMICO

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
GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RODRIGUEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	91015571
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CARLOS RAMOS CARRILLO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAN JOSE DEL GUAVIARE	DEPARTAMENTO:	GUAVIARE
DIRECCIÓN:	CARRERA 20#20-37	TELÉFONO:	5849067
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7934008760**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/08/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		824240060

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 286.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 286.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 223.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 223.400**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 9.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.400**

VALOR SIN MORA:	**$ 518.800**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 518.800**

Planilla Pagada

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Certificamos que CARLOS con documento CEDULA DE CIUDADANIA 91015571, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) CARLOS RAMOS CARRILLO con documento CC 91015571, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	7934008760	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	AGOSTO/2024	Periodo Cotización Salud	AGOSTO/2024
Fecha Pago	2024/08/05	Número de Autorización	824240060

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	25-14 COLPENSIONES
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		

SALUD		Administradora	EPS037 - NUEVA E.P.S
Días	30	Tarifa	12,500 %

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE
Días	30	Tarifa	0,522 %
Clase de Riesgo	1		

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Planilla Pagada
Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	91015571
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CARLOS RAMOS CARRILLO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAN JOSE DEL GUAVIARE	DEPARTAMENTO:	GUAVIARE
DIRECCIÓN:	CARRERA 20#20-37	TELÉFONO:	5849067
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7936825987**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/09/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		886536965

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 208.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 208.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 162.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 162.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 6.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 6.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 377.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 377.300**

Planilla Pagada

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Certificamos que CARLOS con documento CEDULA DE CIUDADANIA 91015571, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) CARLOS RAMOS CARRILLO con documento CC 91015571, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	7936825987	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	SEPTIEMBRE/2024	Periodo Cotización Salud	SEPTIEMBRE/2024
Fecha Pago	2024/09/03	Número de Autorización	886536965

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	25-14 COLPENSIONES
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		

SALUD		Administradora	EPS037 - NUEVA E.P.S
Días	30	Tarifa	12,500 %

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE
Días	30	Tarifa	0,522 %
Clase de Riesgo	1		

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Planilla Pagada
Planilla Pagada

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San José del Guaviare, 04 de septiembre de 2024

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:

NUIP - NIP	**1.033.750.215**	**JUAN CARLOS RAMOS HUIZA**	**HIJO**
NUIP - NIP	**1.027.533.902**	**JOSE MANUEL RAMOS HUIZA**	**HIJO**
NUIP - NIP	**1.120.579.641**	**NELSON JOEL RAMOS HUIZA**	**HIJO**
NUIP - NIP	**1.120.589.100**	**OBED RAMOS HUIZA**	**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,



CARLOS RAMOS CARRILLO

CC. 91.015.571 de Barbosa S.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

Adhesivo Copia Registro Civil

NUIP 1.033.750.215

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50793502

50793502

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 2 A

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

REGISTRADURIA DE TUNJUELITO BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMOS	HUIZA

Nombre(s)

JUAN CARLOS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes NOV Día 21	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	10453198-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

HUIZA HURTADO DIANA ELIZABETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.031.121.976	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

RAMOS CARRILLO CARLOS

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 91.015.571	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RAMOS CARRILLO CARLOS

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 91.015.571	

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 2010 Mes DIC Día 30	ROBIELA TRUJILLO PEREZ - REGISTRA Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1027533902

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52614959

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 5 6 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A 9 H

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMOS	HUIZA

Nombre(s)

JOSE MANUEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012 Mes DIC Día 28	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	1183B117-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

HUIZA HURTADO DIANA ELIZABETH

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1.031.121.976 de BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

RAMOS CARRILLO CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 91.015.571 de BARBOSA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RAMOS CARRILLO CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 91.015.571 de BARBOSA	Carlos Ramos E.

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 2013 Mes ENE Día 18	MAURICIO E.BARCIA [illegible] C
	Nombre y firma

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

52614959

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.120.579.641

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52124549

52124549

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** X 2 R

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

REGISTRADURIA DE SAN JOSE DEL GUAVIARE - COLOMBIA - GUAVIARE - SAN J

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMOS	HUIZA

Nombre(s)

NELSON JOEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes AGO Día 03	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	12631473-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

HUIZA HURTADO DIANA ELIZABETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.031.121.976	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

RAMOS CARRILLO CARLOS

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 91.015.571	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RAMOS CARRILLO CARLOS

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 91.015.571	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2014 Mes AGO Día 21	JORGE MILLER VEGA DIAZ - REGISTRA Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
34127749-7

NUIP 1.120.589.100

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63544393

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 2 R

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

REGISTRADURIA DE SAN JOSE DEL GUAVIARE - COLOMBIA - GUAVIARE - SAN J

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMOS	HUIZA

Nombre(s): OBED

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes MAY Día 31	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	23057310491725

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: HUIZA HURTADO DIANA ELIZABETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.031.121.976	COLOMBIA

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: RAMOS CARRILLO CARLOS

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 91.015.571	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: RAMOS CARRILLO CARLOS

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 91.015.571	

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 2023 Mes JUN Día 07	LUZ ELENA DIAZ CAMPOS - REGISTRAD Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

07.JUN.2023 - LIBRO DE VARIOS - TOMO # 058, FOLIO #0262.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

63544393

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) RAMOS CARRILLO CARLOS identificado(a) con CC. 91015571 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 27 de Agosto de 2024 a las 11:43:34

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.

27-08-2024

	Versión: 05
	Código: GTH- F- 074

Proceso Gestión de Talento Humano

Formato Entrega de Bienes e Información de Ejecución Contractual por el Contratista

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: CARLOS RAMOS CARRILLO						IDENTIFICACIÓN
CIUDAD	SAN JOSE DEL GUAVIARE	FECHA	10 DE SEPTIEMBRE DE 2024	REGIONAL	GUAVIARE	CC. 91.015.571 de Barbosa
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:			CDATTG Carrera 19C # 16-48 barrio Modelo			
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:	No. CO1.PCCNTR.5852520 DE 2024.					

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		EDWIN ENRIQUE BUCHELY	
ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA		CARLOS ARTURO GALVIS OSORIO	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación)		EZEQUIEL TARAZONA MURILLO	
ALMACÉN E INVENTARIOS		Generar reporte de https://mlinventario.sena.edu.co/inicio.aspx y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo.	
CONTABILIDAD		CLAUDIA MARCELA GAVIRIA PABON	
COORDINADOR DEL GRUPO APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO		EDWIN ENRIQUE BUCHELY	
COORDINACION ACADEMICA (E)		CRHISTIAN CAMILO ACEVEDO BAQUERO	
BIBLIOTECA		YANETH CAVANZO PARRA	
SUPERVISOR DE CONTRATO		EZEQUIEL TARAZONA MURILLO	

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

OTROS : _____

Firma del Contratista