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 AGROEMPRESARIAL-CESAR - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION

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

Código Regional	**20**
Código Centro	**952010**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**38033-935369**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JOSE ALEXANDER ENCIZO DEVIA	**Banco a consignar:**	BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía	77.178.678	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	joseen@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	0808004711
IP/Nº de contacto:	3172909721	**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:	6642618/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**273824**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	5

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: EN EL ÁREA DE PROCESAMIENTO DE ALIMENTOS POS COSECHA Y FRUVER PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL PRESENCIAL Y/O VIRTUAL CAMPESENA TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA DEL CENTRO CPE NO. 20-9-2024-008522

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/12/2024 Al 13/12/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 1.935.070
Número de pago	**5**	**Valor Total del Contrato:**	$ 16.075.962
Valor Bruto Pago:	**$ 1.935.070,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.935.070	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 126.195	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.061.265**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.258.165**	**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		----------	**2331057876**
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 II		$ 13.600	$ 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		$ -	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 15.492.229	$ 419.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.989.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.258.165,00	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	10.306,00	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	**$1.924.764,00**	

SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS VEINTICUATRO MIL SETECIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir la formación profesional presencial en los programas de formación campeSENA

PROGRAMA: HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS FICHA:3135526-3129934 -3135528

PROGRAMA: COCINA NAVIDEÑA FICHA: 3129912-3135540-3135540-3140253

Planear y ejecutar el proceso de planeación pedagógica, proyección de guías, planes de trabajo, como así mismo, material de apoyo

Usar los Instrumentos de reconocimientos de saberes previos a los aprendices de las fichas asignadas Teniendo en cuenta la competenc

Realizar reconocimientos en la inducción o una vez inicie su competencia. En cada formación mediante la técnica de lluvia

Llevar el control de asistencias en formato no controlado de los programas de formación asignadas

Asociar a los aprendices en el aplicativo Sofía plus de formación complementaria

Emitir y registrar juicios evaluativos en la plataforma Sofía plus de formación complementaria

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

JOSE ALEXANDER ENCIZO DEVIA
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,

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)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco de Occidente

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	77178678
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JOSE ALEXANDER ENCIZO DEVIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	AGUACHICA	DEPARTAMENTO:	CESAR
DIRECCIÓN:	0000	TELÉFONO:	5650000
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:	**2331057876**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/12/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		27393812

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		
900156264	EPS041	NUEVA EPS CM	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:	martes, 29 de octubre de 2024	

Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

Solicitud de Comisión No.	183224	**Fecha Solicitud**	2024-10-29	**Estado de la Comisión**	Autorizada	**Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-020-952010 CENTRO AGROEMPRESARIAL-CESAR**			
Tipo de Comisión	Servicio	**Fecha Aut./ Rech.**	2024-10-29	**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
JOSE ALEXANDER ENCIZO DEVIA	CC: 77178678	CONTRATISTA	Autorizada	2024-11-05	2024-11-05	CESAR / AGUACHICA	CESAR / SAN MARTIN	0,5	No	50	0,5	4.465.545,00	252.390,00	126.195,00	0,00	126.195,00	VIATICOS FORMACION 05 NOV SAN MARTIN - IMPARTIR FORMACIÓN DEL CURSO COMPLEMENTARIO DE HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS ASIGNADAS DE MANERA PRESENCIAL A LOS APRENDICES DEL PROGRAMA CAMPESENA.
											Totales Solicitud de Comisión			**126.195,00**	**0,00**	**126.195,00**	

OBJETO DE LA COMISIÓN

VIATICOS FORMACION 05 NOV SAN MARTIN - IMPARTIR FORMACIÓN DEL CURSO COMPLEMENTARIO DE HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS ASIGNADAS DE MANERA PRESENCIAL A LOS APRENDICES DEL PROGRAMA CAMPESENA.

ORDENADOR DEL GASTO

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

VISTO BUENO JEFE INMEDIATO

Nombre:	""	Cargo:	""

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Firmado digitalmente por: MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
Serial del certificado: 5540827336374662968
Entidad: Persona Juridica
Unidad Organizacional: SUBDIRECCION DE OPERACIONES
Hora de firma: 2024/10/29 15:02:36 -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:	martes, 29 de octubre de 2024	

Firma Responsable

Verificado Por:	JOSE VICENTE CUELLAR JULI	Fecha Verificación:	29/10/2024 14:49:26

Firmado digitalmente por:
Nombre: SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO
Cédula de ciudadanía: 49655633
Usuario SIIF: MHscaselle
29/10/2024 3:02:55 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					**8/10/2024**			
NOMBRES Y APELLIDOS					**IDENTIFICACIÓN:**			
JOSE ALEXANDER ENCIZO DEVIA					**Tipo:**	**C.C.**	**No.**	**77178678**
CONTRATO	**No.**	**CO1.PCCNTR.6642618**	**AÑO**	2024	**FECHA VENCIMIENTO DEL CONTRATO**	**13**	**12**	**2024**
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.							
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 academico		

INFORMACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO

RUTA	**AGUACHICA-SAN MARTIN - SAN MARTIN -AGUACHICA**

INFORMACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO

DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	CESAR				**DEPENDENCIA/ CENTRO**	**Centro Agroempresarial**		
CIUDAD/DEPARTAMENTO O MUNICIPIO/DEPARTAMENTO O CIUDAD/PAIS	Cesar			**ENTIDAD O EMPRESA:**	ALCALDIA SAN MARTIN		**CONTACTO**	
FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO	5	**11**	24	**FECHA FIN DESPLAZAMIENTO**		5	**11**	24
OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO	Impartir formación del curso complementario de HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS 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.
3	Presentar agendas e informes de legalización correspondientes a las órdenes de desplazamiento, cuando a esto se diere lugar, en un plazo máximo de 5 días, posteriores a la finalización de la comisión.

AGENDA

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

Día 1 : 05/11/24
Desplazamientos ruta de ida: AGUACHICA-SAN MARTIN
Medio de transporte: terrestre
Actividades a ejecutar: Impartir formación en el programa HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS de manera presencial, a los aprendices del programa CampeSENA
Desplazamientos Internos: N/A
Desplazamientos de ruta de regreso: SAN MARTIN -AGUACHICA

FIRMA ORDENADOR DE GASTO: Firmado digitalmente por Sady Torcoroma Caselles Osorio Fecha: 2024.10.11 16:04:30 -05'00'	**FIRMA SUPERVISOR DEL CONTRATO :** Firmado digitalmente por JOSE ALEJANDRO OROZCO OCHOA Fecha: 2024.10.09 08:26:59 -05'00'	**FIRMA DEL CONTRATISTA:**
Nombres y Apellidos: SADY CASELLES OSORIO	**Nombres y Apellidos: JOSE ALEJANDRO OROZCO OCHOA**	
Cargo: SUBDIRECTORA €	**Cargo: COORDINADOR ACADEMICO**	**JOSE ALEXANDER ENCIZO DEVIA**

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA: Aguachica-Cesar, 04 de Diciembre del 2024

PRESENTADO A: SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO

ORDEN DE VIAJE No:	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
183224	05/11/2024	05/11/2024
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA : (ciudad)**
	Cesar/Centro Agroempresarial	**SAN MARTIN**

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO:

IMPARTIR FORMACIÓN DEL CURSO COMPLEMENTARIO DE HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS ASIGNADAS DE MANERA PRESENCIAL A LOS APRENDICES DEL PROGRAMA CAMPESENA.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1.Se cumplió con el objetivo de la comisión de impartir formación profesional en el **PROGRAMA** HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS

2. Los aprendices realizaron intercambio de ideas a través de la transferencias de conocimientos

RESULTADOS:

Diagnosticar el cumplimiento de las buenas prácticas de manufactura en la empresa de alimentos
Verificar el estado de salubridad y seguridad de las maquinas e instalaciones según

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

1. Registro fotográfico
2. Lista de asistencia

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
Se realizo transferencia de conocimientos en el programa HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS	JOSE ALEXANDER ENCIZO DEVIA	05/11/2024

CONCLUSIÓNES:

Los aprendices participaron activamente de la actividad realizada en formación demostrando su interés y desempeño

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE Y APELLIDO	**FIRMA**
JOSE ALEXANDER ENCIZO DEVIA	

VISTO BUENO SUPERVISOR

CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
Coordinador Académico	JOSE ALEJANDRO OROZCO OCHOA	 Firmado digitalmente por JOSE ALEJANDRO OROZCO OCHOA Fecha: 2024.12.04 17:05:59 -05'00'

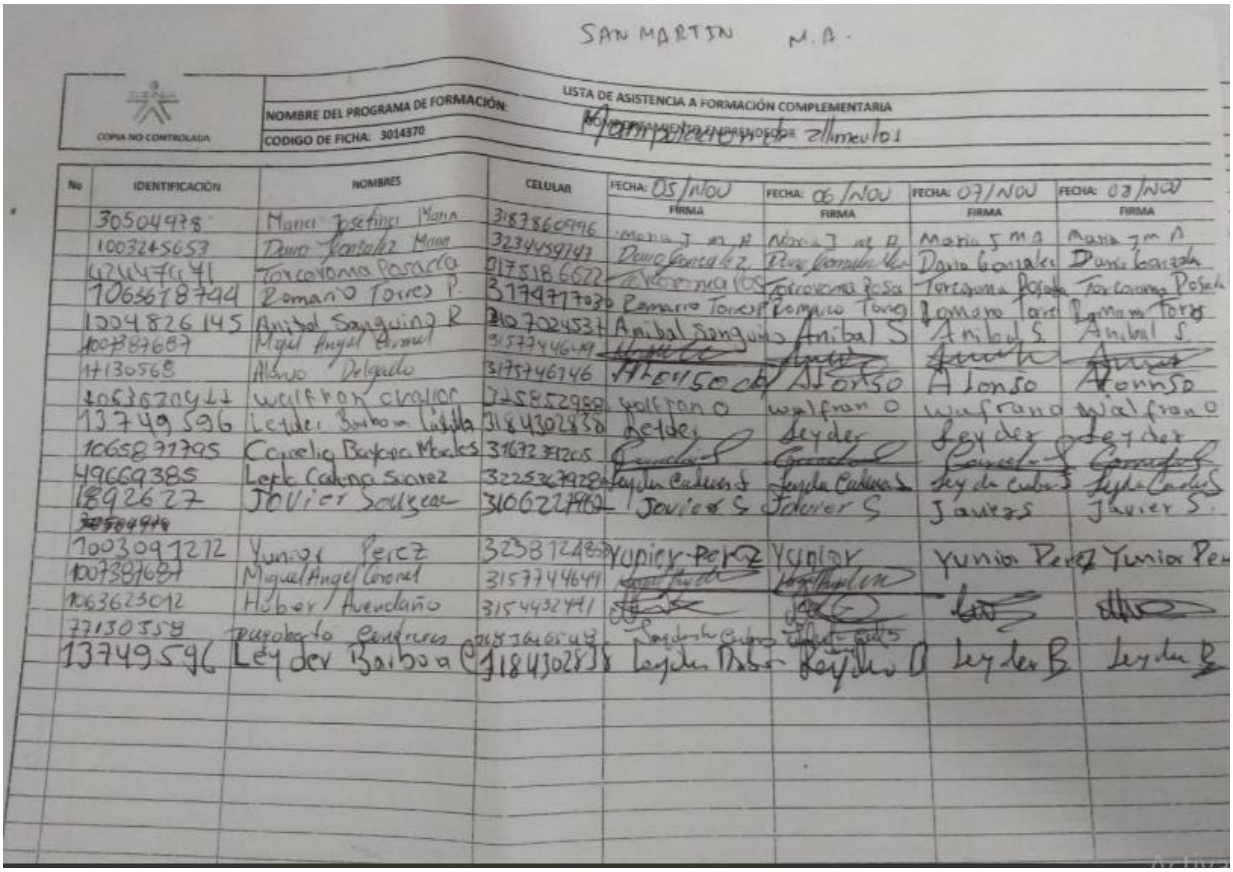
EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

05 DE NOVIEMBRE





LISTAS DE ASISTENCIAS



SAN MARTIN M.A.

COPIA NO CONTROLADA

NOMBRE DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN: [illegible] LISTA DE ASISTENCIA A FORMACIÓN COMPLEMENTARIA

CODIGO DE FICHA: 3014370

No	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	CELULAR	FECHA: 05/NOV FIRMA	FECHA: 06/NOV FIRMA	FECHA: 07/NOV FIRMA	FECHA: 08/NOV FIRMA
	30504978	Marici Josefina Mena	3187866996				
	1003245653	Dana Gonzalez Mena	3234459747				
	42447141	Torcoroma Rosario	3175186622				
	1065678744	Romario Torres P.	3174777030				
	1224826145	Anibal Sanguino R	3107245331				
	1007887687	Miguel Angel Bermudez	3157744649				
	17130568	Alonso Delgado	3175746746				
	1057670411	wolfran ovalles	3158529888				
	13749596	Leyder Barbosa Ladilla	3184302838				
	1065877705	Cornelio Barbosa Montes	3167377205				
	49669385	Leyde Cadena Suarez	3225327428				
	1892627	JOVier Sandoval	3106227469				
	[illegible]						
	1003091272	Yunior Perez	3238724859				
	1007387687	Miguel Angel Coronel	3157744649				
	1063623012	Hiber Avendaño	3154432441				
	77130358	Rigoberto Cendales	3167346548				
	13749596	Leyder Barbosa	3184302838				

	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:	**JOSE ALEXANDER ENCIZO DEVIA**					**IDENTIFICACIÓN**
CIUDAD	**AGUACHICA**	**FECHA**	**12/13/2024**	**REGIONAL**	**CESAR**	**77.178.678**
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:			**CENTRO AGROEMPRESARIAL**			
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:	**CO1.PCCNTR. 6642618 del 27 de Agosto del 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	X	**NATANIEL ROMERO OÑATE**	Nataniel Romero Oñate Firmado digitalmente por Nataniel Romero Oñate Fecha: 2024.12.06 16:17:17 -05'00'
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	X	**DAYCE DIAZ GRANJA**	DAYCE DIAZ GRANJA Firmado digitalmente por DAYCE DIAZ GRANJA Fecha: 2024.12.06 16:47:12 -05'00'
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)	X	**ORLANDO RUEDA BLANCO**	Firmado digitalmente por Orlando Rueda Blanco Fecha: 2024.12.09 08:40:05 -05'00'
BIBLIOTECA	X	**LUZ CARIME GANDUR**	Firmado digitalmente por Luz Carime Gandur Gomez Fecha: 2024.12.07 09:19:05 -05'00'
PRESUPUESTO	X	**LAURA CUADRADO AREVALO**	Firmado digitalmente por Laura Karina Cuadrado Arevalo Fecha: 2024.12.09 10:39:58 -05'00'
CONTABILIDAD	X	**EIDIS ARRIETA MARTINEZ**	Firmado digitalmente por EIDIS ALEXANDRA ARRIETA MARTINEZ Fecha: 2024.12.09 12:06:22 -05'00'
TESORERIA	X	**YACIRA NAVARRO CABAS**	Firmado digitalmente por YACIRA ELENA NAVARRO CABAS Fecha: 2024.12.09 17:38:33 -05'00'
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/LIDER/ ACADEMICA	X	**JOSE ALEJANDRO OROZCO OCHOA**	Firmado digitalmente por Jose Alejandro Orozco Ochoa Fecha: 2024.12.10 10:50:07 -05'00'
SUPERVISOR DE CONTRATO (Entrega de Carné)	X	**JOSE ALEJANDRO OROZCO OCHOA**	Firmado digitalmente por Jose Alejandro Orozco Ochoa Fecha: 2024.12.10 10:50:19 -05'00'
ALMACÉN E INVENTARIOS	X	**Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx y anexar al formato en PDF junto a este paz y salvo, garantizando que no tiene elementos a su cargo.**	

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

OTROS : _____

Firma del Contratista

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el Sr(a) JOSE ALEXANDER ENCIZO DEVIA identificado(a) con CC. 77178678 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 28 de Noviembre de 2024 a las 12:10:40

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.

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Aguachica-Cesar, 15 de Octubre 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:

TI	**1065891803**	**JUAN CARLOS ENCIZO FUENTES**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

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



RUBÉN DARÍO CÁRDENAS SÁNCHEZ
Contratista
C.C. No. 5084620 de Río de Oro


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
1.065.891.803
ENCIZO FUENTES
JUAN ANDRES


FECHA DE NACIMIENTO
15-JUN-2010
AGUACHICA
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
15-JUN-2028
O+
M
FECHA DE VENCIMIENTO
G.S. RH
SEXO
26-JUL-2018 AGUACHICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-1207500-01027424-M-1065891803-20180727
0062083673A 1
7965064308