

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
	PERIODO SALUD				PERIODO PENSIONES	1
					TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82499351	\$518.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	223.400	0		0		0	0	0	0	223.400	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	286.000	0	0	0	0	0	0		286.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.400				9.400	0	0	9.400			94	9.400	1

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

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	223.400	223.400
Pensión	1	286.000	286.000
Riesgos Laborales	1	9.400	9.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	518.800	518.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1110520737	ANA MARIA LOZADA VELA		Manzana A Casa 6	2673817	ana9225@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			TOLIMA	IBAGUÉ	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82499351	\$518.800

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	1110520737	LOZADA VELA ANA MARIA				59	0			N																230201	1.787.000	286.000	0	0	0	0	0	EPS005	1.787.000	223.400	14-23	1.787.000	1	9.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



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: Ana María Lozada Vela				IDENTIFICACIÓN	
CIUDAD	IBAGUÉ	FECHA	14 de diciembre de 2024	REGIONAL	TOLIMA
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:			Carrera 45 Sur N° 141-05 Sector Picafeña - Contiguo Casa de Moneda		
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:		5884426/2024			

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	☒	CESIÓN	☐	LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO	☐	TERMINACIÓN UNILATERAL	☐
-------------------------------	-------------------------------------	--------	--------------------------	--	--------------------------	------------------------	--------------------------

DEPENDENCIA SENA	Marcar con X	RESPONSABLES	
		NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
GESTIÓN DE TIC	☒	Alexander Montealegre Ramirez	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	☒	Patricia Liliana Correa Rueda	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL	☒	Patricia Liliana Correa Rueda	
ALMACÉN E INVENTARIOS	☒	Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo.	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)	☒	Edgar Augusto Prada Canizalez	
CONTABILIDAD	☐	No Aplica	
TESORERIA	☐	No Aplica	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA	☒	Patricia Liliana Correa Rueda	
BIBLIOTECA	☒	Diana Patricia Tobon Sossa	
OTRO	☐	No Aplica	
OTRO	☐	No Aplica	
SUPERVISOR DE CONTRATO	☒	Patricia Liliana Correa Rueda	

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

OTROS:

Firma del Contratista

	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 documento 1110520737 NO ha sido registrado en la Base de Datos y por tanto NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 5 de Diciembre de 2024 a las 07:17:54

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.



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

IBAGUE, 7 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
IBAGUE

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	1104951359	Anna Isabella Garzón Lozada	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,

ANA MARIA LOZADA VELA
C.C. 1110520737

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP

1104951359

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

52892889

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☒	Número	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	T2	8
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía								
COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE								

Datos del inscrito

Primer Apellido				Segundo Apellido				
GARZON				LOZADA				
Nombre(s)								
ANNA ISABELLA								
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo		Factor RH
Año	2	0	1	3	Mes	ABR	Día	26
				FEMENINO		O		POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)								
COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE								

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	11687878-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
LOZADA VELA ANA MARIA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1110520737 de IBAGUE TOLIMA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
GARZON CORTES DANIEL FELIPE	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1110514025 de IBAGUE TOLIMA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
GARZON CORTES DANIEL FELIPE	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 1110514025 de IBAGUE TOLIMA	x Daniel F. Garzon

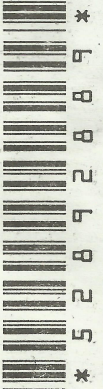
Datos primer testigo

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	2	0	1	3	Mes	ABR	Día	26	CESAR-AUGUSTO-ALVARADO BAITAN Nombre y firma



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.104.951.359**

GARZON LOZADA

APELLIDOS

ANNA ISABELLA

NOMBRES

Anna Isabella

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO

26-ABR-2013

**IBAGUE
(TOLIMA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

26-ABR-2031

FECHA DE VENCIMIENTO

04-FEB-2021 IBAGUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+

F

G S RH

SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO



P-2900100-01214097-F-1104951359-20210211

0073387173A 1

8501454140