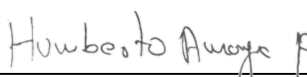
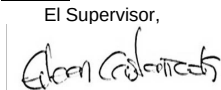


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional	41
	REGIONAL HUILA		Código Centro	952510
	CENTRO AGROEMPRESARIAL Y DESARROLLO PECUARIO DEL HUILA		Fecha Elaboración	Diciembre de 2024
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	MARZO 2024 - 2,24
		ID de Proceso	69141-938745	
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: HUMBERTO AMAYA PASCUAS		Banco a consignar: BANCO CAJA SOCIAL		
Cédula de Ciudadanía 12.195.968		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: hamayap@sena.edu.co		Número de Cuenta: 24056819777		
IP/Nº de contacto: 3118724533		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		SI
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?				
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a \$59.377.000				
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)				
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?				
Concepto del pago corresponde a: Ninguno				
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%				
DATOS DEL CONTRATO				
Nº del contrato: 5846800/2024		Nº Compromiso SIIF 8624		Número de pagos durante la vigencia del contrato 11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN DE CARÁCTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL EN EL C.A.D.P.H. Y SU ÁREA DE INFLUENCIA ESPECIALIDAD GESTION ADMINISTRATIVA		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del 01/12/2024 Al 17/12/2024		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 2.530.476
Número de pago 11		Valor Total del Contrato:		\$ 47.185.926
Valor Bruto Pago: \$ 2.530.476,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 0
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 2.530.476		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 \$ 2.530.476		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 1.420.328		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
		Diciembre	Noviembre	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 1.420.328,00
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	82081554	Base retención en la fuente a titulo de ICA 2.530.476,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.300.000	\$ 1.786.218	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 162.500	\$ 223.300	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 208.000	\$ 285.800	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA 0,00 15%
ARL II		\$ 13.600	\$ 18.700	Reteica - 8523 - GARZON 5.061,00 0,200%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		- 0,00 0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		- 0,00 0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		- 0,00 0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -		- 0,00 0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -		- 0,00 0%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		- 0,00 0%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		- 0,00 0%
Dependientes hasta		\$ 253.048		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Salud hasta \$ 753.040		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 34.082.904	\$ 473.000	Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 10.240.798		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Retención en la Fuente Contingente		\$		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
				VALOR A PAGAR \$2.525.415,00
SON: DOS MILLONES QUINIENTOS VEINTICINCO MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL TECNOLOGO GESTION EMPRESARIAL FICHA 2996811 VIERNES				
IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL TECNOLOGO GESTION EMPRESARIAL FICHA 2823067 JUEVES				
IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL TECNOLOGO GESTION EMPRESARIAL FICHA 3063640 MIERCOLES Y VIERNES				
IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL TECNOLOGO COORDINACIÓN EN SISTEMAS INTEGRADOS FICHA 3063558 LUNES Y JUEVES				
ANALIZAR CASOS, REVISION Y CALIFICACION DE ACTIVIDADES RESULTADOS DE APRENDIZAJE EN LA PLATAFORMA Y APLICATIVO				
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		 HUMBERTO AMAYA PASCUAS EL CONTRATISTA		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:		Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
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 periodo 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.				
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 CARLOS ANDRES JIMENEZ MOREA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	12195968	HUMBERTO AMAYA PASCUAS		CALLE 9 numero 1A-18	8330350	humberamaya@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			HUILA	GARZÓN	
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
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-11	2024-11	I	29/11/2024	82081554	TOTAL A PAGAR \$527.800

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	223.300	0		0		0	0	0	0	223.300	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
230301	Porvenir	800224808-8	285.800	0	0	0	0	0	0		285.800	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	18.700				18.700	0	0	18.700			187	18.700	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	223.300	223.300
Pensión	1	285.800	285.800
Riesgos Laborales	1	18.700	18.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	527.800	527.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	12195968	HUMBERTO AMAYA PASCUAS		CALLE 9 numero 1A-18	8330350	humberamaya@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			HUILA	GARZÓN	
						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
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-11	2024-11	I	29/11/2024	82081554	10
					TOTAL A PAGAR
					\$527.800

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase de Riesgo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IDE	MA	MA	MA	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	12195968	AMAYA PASCUAS HUMBERTO	59	0	N																			230301	1.786.218	285.800	0	0	0	0	EPS037	1.786.218	223.300	14-23	1.786.218	2	18.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



¡Hola, humberto amaya pascuas!

Gracias por utilizar los servicios de BANCO CAJA SOCIAL y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción:

Aprobada ✓

CUS: 1084019793

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago
Proteccion Social

Valor de la Transacción: \$ 527.800

Fecha de Transacción: 29/11/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	12195968	HUMBERTO AMAYA PASCUAS		CALLE 9 numero 1A-18	8330350	humberamaya@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			HUILA	GARZÓN	
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
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-12	2024-12	I	06/12/2024	82221074	TOTAL A PAGAR \$384.100

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	13.600				13.600	0	0	13.600			136	13.600	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	13.600	13.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	384.100	384.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	12195968	HUMBERTO AMAYA PASCUAS		CALLE 9 numero 1A-18	8330350	humberamaya@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			HUILA	GARZÓN	
						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
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-12	2024-12	I	06/12/2024	82221074	10
					TOTAL A PAGAR
					\$384.100

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase de Riesgo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	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	12195968	AMAYA PASCUAS HUMBERTO	59	0	N								X												230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	2	13.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Pago de servicios electrónicos



Resultado de la transacción



Transacción exitosa.

Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción “Regresar al comercio” y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

FECHA Y HORA

6 diciembre 2024 9:41 am

DIRECCIÓN IP: 138.117.87.116

NÚMERO DE TRANSACCIÓN

APII4341327317568688

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN

8688DDNT

NOMBRE DEL COMERCIO	COMPENSAR-OI
NIT DEL COMERCIO	9998600669427
CÓDIGO DEL SERVICIO	99000
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	\$384.100,00
VALOR DEL IMPUESTO	\$0,00
REFERENCIA DE PAGO	82221074
FECHA DE LA SOLICITUD	6 diciembre 2024
REFERENCIA 1	
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	12195968
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	1105523746
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	2
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga *****9777



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Garzón, 12 de febrero 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:

T.I.	1145728030	RENATA AMAYA ARRIGUI	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,

FIRMA

Nombre: Humberto Amaya Pascuas
C.C. 12.195.968

SENA - CFP 419525
RADICACIÓN RECIBIDA

No: 41-1-2024-001787

13/02/2024 6:32:42 p. m.

Destinatario: _____

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

NUIP 1.145.728.030

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

51578784

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código D U V

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE GARZON H. SAN VICENTE DE PAUL - COLOMBIA - HUILA -

Datos del inscrito

Primer Apellido AMAYA Segundo Apellido ARRIGUI
Nombre(s) RENATA
Fecha de nacimiento Año 2 0 1 2 Mes A B R Día 1 7 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)
COLOMBIA HUILA GARZON

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 11281017-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos ARRIGUI MARIA DEL MAR
Documento de identificación (Clase y número) CC 55.065.652 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos AMAYA PASCUAS HUMBERTO
Documento de identificación (Clase y número) CC 12.195.968 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos AMAYA PASCUAS HUMBERTO
Documento de identificación (Clase y número) CC 12.195.968 Firma Humberto Amaya P.

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

Año 2 0 1 2 Mes A B R Día 1 8

Nombre y firma del funcionario que autoriza

HERSAYN GONZALEZ CERQUERA - REGIS
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS



REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

ES FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL

SERIAL 51578784

NUIP 1145728030

FECHA 23 SET 2015



HECHO POR THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A. NIT 862.005.880-2 TEL 301 0240

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Hoja notarial para uso exclusivo de copias de escritura pública, certificación y documentos del archivo notarial



Ca 135863844

Cadenas S.A. No. 893955310



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: HUMBERTO AMAYA PASCUAS

IDENTIFICACIÓN

CIUDAD	Garzon	FECHA	Diciembre 17 de 2024	REGIONAL	Huila	12.195.968
--------	--------	-------	----------------------	----------	-------	------------

DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO: CARRERA 10 # 11- 22 SENA GARZÓN

NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO: 5846800 del 01 de febrero de 2024

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO

☒

CESIÓN

LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO

TERMINACIÓN UNILATERAL

DEPENDENCIA SENA

Marcar con x

RESPONSABLES

GESTIÓN DE TIC

NOMBRES Y APELLIDOS
ELIANA YINETH LOZANO TRIANA

FIRMA

ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS

LORENA MARIA GUTIERREZ QUINTERO

ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación)
SECRETARÍA GENERAL

EILEEN KARINA CASTAÑEDA LOSADA

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)

CARLOS FERNANDO CORRALES

CONTABILIDAD

CARMENZA RIVERA

TESORERÍA

LORENA MARIA GUTIERREZ QUINTERO

COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ACADEMICA

EILEEN KARINA CASTAÑEDA LOSADA

BIBLIOTECA

YINA YUVELY ZAMORA GUALTEROS

SUPERVISOR DE CONTRATO

EILEEN KARINA CASTAÑEDA LOSADA

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

OTROS:

Humberto Amaya P
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 Sr(a) AMAYA PASCUAS HUMBERTO identificado(a) con CC. 12195968 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 9 de Diciembre de 2024 a las 07:33:24

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.