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 VALLE

CENTRO DE LA CONSRTUCIÓN-VALLE

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

Código Regional	**76**
Código Centro	**922810**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**96941-204690**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JULIANA ANDRADE MUÑOZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.114.121.780	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jandradem@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	51400011837
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2024**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (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:	7441785/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**32825**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE INSTRUCTORES PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL ÁREA DE PROTECCIÓN AMBIENTAL, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADA

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2025 Al 31/10/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 13.185.265
Número de pago	**9**	**Valor Total del Contrato:**	$ 43.695.355
Valor Bruto Pago:	**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 8.585.754

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.511	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 495.863	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.095.374**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.031.137**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Octubre	Setiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9492591129**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 1.839.804
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 230.000	$ 230.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 294.400	$ 294.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 19.300	$ 19.300
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		$ 509.537	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 1.011.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 7.850.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.031.137,00	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 - CALI	0,00	0,000%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Pro-UCEVA	25.477,00	0,500%
Universidad del Pacífico	0,00	0,500%
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	**$4.574.034,00**	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL TREINTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Participar en la planeación de los procesos formativos de acuerdo con los lineamientos institucionales, para el área temática del obje

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

JULIANA ANDRADE MUÑOZ
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,

CARLOS IVAN ZULUAGA VILLAMARIN
PROFESIONAL G02

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
BEATRIZ EUGENIA COBO GARCIA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

11/10/25 13:30:20 USUARIO: SIC - C.C. 1114121780

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	**dv**	**Razon Social**	**Clase Aportante**	**Sucursal Principal**	**Direccion**	**Ciudad-Departamento**	**Teléfono**	**Exonerado SENA e ICBF**
CC 1114121780		ANDRADE MUÑOZ JULIANA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 47 norte 6a 29	CALI-VALLE	3152585697	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		**Clave**		**Tipo**	**Fecha**		**Pago**		
Pensión	**Salud**	**Pago**	**Planilla**	**Planilla**	**Limite**	**Pago**	**Banco**	**Dias Mora**	**Valor**
2025-09	2025-09	1830760820	9492591129	I	2025/10/20	2025/10/06	BANCOLOMBIA	0	$543,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1114121780	ANDRADE JULIANA	25-14	30	$1,839,804	$294,400	EPS010	30	$1,839,804	$230,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,839,804	$19,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,839,804**	**$294,400**			**$1,839,804**	**$230,000**			**$0**	**$0**			**$1,839,804**	**$19,300**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$294,400	$0	$0	$294,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$294,400	$0	$0	$294,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,300	$0	$0	$19,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$19,300	$0	$0	$19,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,000	$0	$0	$230,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$230,000	$0	$0	$230,000
TOTAL				1	$543,700	$0	$0	$543,700

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA (En la que se presenta el informe)
Santiago de Cali, 05 de octubre 2025

PRESENTADO A: (Nombre del ordenador del gasto y cargo)
CARLOS IVAN ZULUAGA VILLAMARIN (PROFESIONAL G02)

ORDEN DE VIAJE No: 261025	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
	03/10/2025	**04/10/2025**
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA: (ciudad)**
	Valle del Cauca	**Versalles**

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL APLICACION DE PRÁCTICAS PROTECCIÓN AMBIENTAL, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A LA FICHA MAMPOSTERIA 3145292.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. Se imparte formación profesional integral a la ficha según planeación pedagógica.

RESULTADOS:

1. Comprensión de la importancia del auto cuidado en Seguridad y Salud en el Trabajo y la Protección y conservación del Medio Ambiente.

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

1. Fotografía en el sitio.
2. Listado de asistencia aprendices.

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA
Análisis de riesgo y peligros de SST	Aprendices	-

CONCLUSIÓNES:

1. Los aprendices comprenden la importancia del autocuidado en las actividades laborales.

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE Y APELLIDO	FIRMA
Juliana Paola Andrade Muñoz	

VISTO BUENO SUPERVISOR

CARGO DEL SUPERVISOR	NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR	FIRMA

PROFESIONAL G02	**CARLOS IVAN ZULUAGA V**	

PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

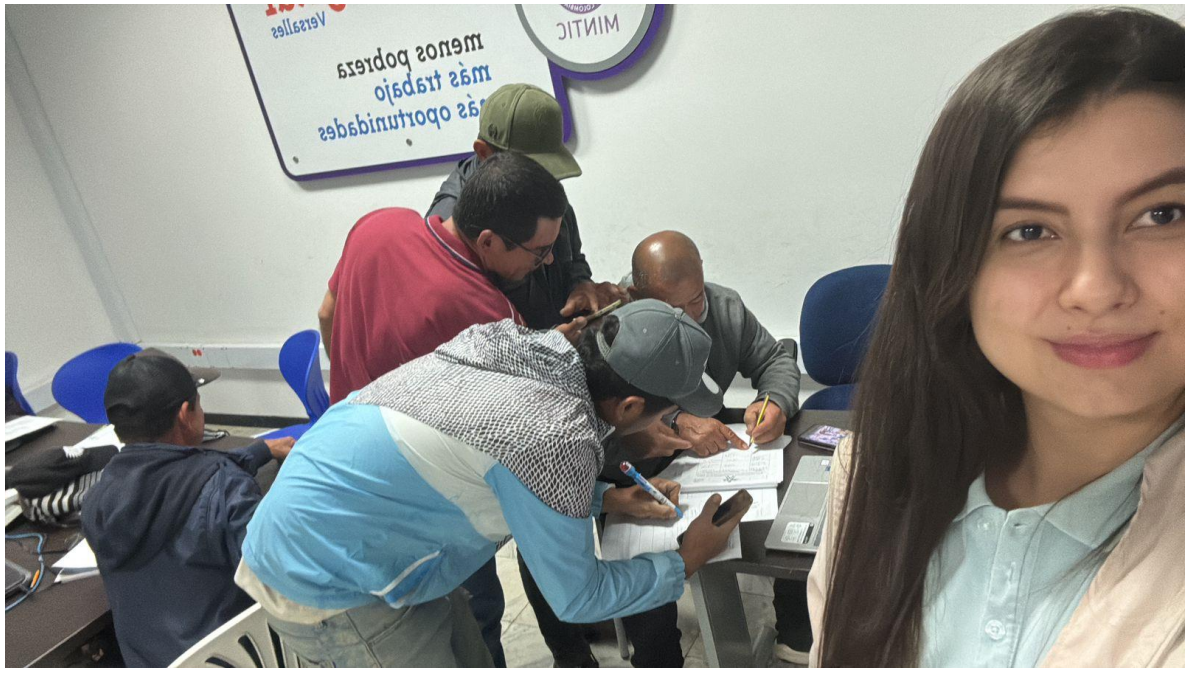
FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO – CONTRATISTA

Generalidades

1. El objeto del formato es completar el trámite de comisión realizado por los contratistas, con este, el contratista justifica la realización de la comisión, así como las actividades realizadas en su desarrollo.
2. El formato es diligenciado por los contratistas posterior a la realización de la comisión.
3. Debe ser diligenciado por cada comisión realizada por el contratista.
4. El trámite que surte el formato una vez diligenciado es la legalización de la comisión.
5. No requiere imprimirse.
6. El documento debe reposar dentro de los aplicativos de la administración de documentos del SENA
7. Control de Cambios

VERSION	FECHA DE ENTRADA EN VIGENTE	NATURALEZA DEL CAMBIO
V02	Agosto	Se realizan modificaciones de imagen institucional y generalidades

03 de octubre de 2025, Versalles



SENA

PROCESO GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL
FORMATO CONTROL ASISTENCIA

Versión: 03
Código: GFPI-F-121

CIUDAD Y FECHA: VERSALLES · 3 DE OCTUBRE 2025
REGIONAL Y CENTRO DE FORMACIÓN: VALLE · CENTRO DE LA CONSTRUCCIÓN
ACTIVIDAD A REALIZAR: FORMACIÓN SST
PROPÓSITO DE LA ACTIVIDAD: FICHA 3145292 MAMPOSTERIA

NOMBRE Y APELLIDO DEL APRENDIZ	TIPO DE DOCUMENTO	# DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE FICHA	MODALIDAD DE FORMACIÓN	PROGRAMA DE FORMACIÓN	JORNADA DE FORMACIÓN	NIVEL DE FORMACIÓN	CENTRO DE FORMACIÓN DEL APRENDIZ/ LUGAR	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO DE CONTACTO	FIRMA DEL APRENDIZ (Solo si el formato se diligencia de manera Física)
Daniel Rodríguez	CC	1007987904	3145292	Presencial	Operario en mampostería	Nocturna	Operario	Centro de la construcción	Jonielrucave1 2003@gmail	3136187565	Daniel R.L
Osman A Henao	CC	6526478	3145292	presencial	Operario de mampostería	Nocturna	operario	centro de la construcción		3122003648	
Cesar Alberto Galeo	CC	6526198	3145292	presencial	Operario en mampostería	nocturno	operario	centro de la construcción	cesaralbertogal 98@gmail.com	3217162326	Cesar A Galeo
Cesar Augusto	CC	6526390	3145292	Presencial	Operario en mampostería	Nocturna	Operario	Centro de la construcción		3176653288	
Jose Luis Tadino	CC	1090033204	3145292	Presencial	Operario en mampostería	Nocturna	Operario	Centro de la construcción	Joseluistadino@gmail.com	3148594623	
Luis Dario Marin	CC	6586739	3145292	Presencial	operario en mampostería	Nocturna	aprendiz	centro de la construcion	luisd marin 2018@gmail.com	3505057740	Luis Dario Marin
Edwar Bermudez	CC	1007552489	3145292	Presencial	operario en mampostería	Nocturno	aprendiz	Centro de la construccion	edwarbermudez 29@email.com	3229958806	Edwar Bermudez
Brayhan Arley H	CC	1116131710	3145292	Presencial	operario mampostería	nocturno	operario	Centro de la construcion		3146120536	Brayhan Arley H
Juan Carlos Herrera	CC	1116131366	3145292	Presencial	operario de mampostería	nocturno	Operario	Centro de la construcion	Juancarlosherrera 1116@gmail.com	3148028074	
Sergio Alberto Ruiz	CC	1090427581	3145292	Presencial	plomero en mampostería	Nocturno	oficial	centro de la construcion		7128624857	Sergio Ruiz
Edilberto Mes	CC	1116131187	3145292	Presencial	operario en mampostería	nocturno	operario	centro de la construcion		3163762436	edilberto Mesa
Herley Noor	CC	1112490879	3145292	Presencial	oficial mampostería	nocturno	oficial	centro de construcion		3202772238	Herley Noor
Jose Manuel B	CC	6298559	---	---	---	---	---	---	josemanuel	3002162478	
Hard Murgia	CC	6525341	"	"	"	1	"	"	"	3232895064	
Hector F Pos	CC	6525744	"	"	"	"	"	"		3127077492	Hector F Pos

	Versión: 02
	Código: GRF-F-076

GASTOS DE DESPLAZAMIENTO

COMPROBANTE LEGALIZACION GASTOS TRANSPORTE INFORMAL - CONTRATISTAS

CIUDAD / MUNICIPIO - FECHA:	**Cali, 05 de octubre de 2025**	**Código Regional :**	**76**
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JULIANA PAOLA ANDRADE MUÑOZ	**Código Centro:**	**9228**
No. DOCUMENTO IDENTIDAD:	1114121780	**Fecha de elaboración:**	5/10/2025

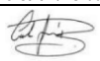
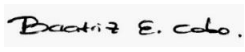
En desarrollo de la comisión No. ___261025___durante los días_03 y 04 del mes de _Octubre__ de_2025 _, se informa que en los tramos detallados a continuación, fue necesario utilizar transporte informal sin generación de documento soporte de pago por parte del prestador del servicio:

FECHA	TRAYECTO GENERADOR DEL PAGO	MEDIO DE TRANSPORTE EMPLEADO	VALOR PAGADO
3/10/2025	Cali - Versalles - Cali	Terrestre	$ 90.000,00
	RAZON POR LA CUAL, SE AUTORIZA EL GASTO INCURRIDO CUYO VALOR PAGADO EQUIVALE A:		$ 90.000,00

Para efectos legales el contratista certifica bajo la gravedad del juramento, que las actividades objeto del desplazamiento se cumplieron a cabalidad y el valor cobrado corresponde al valor efectivamente pagado al prestador del servicio de transporte informal.

Este formato aplica únicamente para justificar gastos de transporte en aquellos sitios donde no se cuenta con transporte formal.

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el comisionado y su jefe inmediato, se autoriza el presente gasto.

COMISIONADO CONTRATISTA		SUPERVISOR DE CONTRATO		ORDENADOR DEL GASTO	
Nombre completo:	JULIANA PAOLA ANDRADE MUÑOZ	**Nombre completo:**	CARLOS IVAN ZULUAGA V	**Nombre completo:**	BEATRIZ EUGENIA COBO
Numero de Contrato:	CO1.PCCNTR.7441785	**Cargo:**	Profesional Grado 02	**Cargo:**	SUBDIRECTORA CENTRO CONSTRUCCION
Firma:		**Firma:**		**Firma:**	

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

Usuario que Genera Reporte:	MHbcobo	BEATRIZ EUGENIA COBO GARCIA
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-076-922810	CENTRO DE LA CONSTRUCCION-VALLE
Fecha y Hora Generación Reporte:	lunes, 29 de septiembre de 2025	

Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

Solicitud de Comisión No.	261025	**Fecha Solicitud**	2025-09-29	**Estado de la Comisión**	Autorizada	**Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-076-922810 CENTRO DE LA CONSTRUCCION-VALLE**			
Tipo de Comisión	Servicio	**Fecha Aut./ Rech.**	2025-09-29	**Genera Viáticos**	SI	**Genera gastos de viaje**	Si	**Requiere Pasajes Aéreos**	NO
Transporte por Vía	Terrestre	**Área u Oficina**	FORMAICON			**Tipo de trámite**	Inicial	**Comisión Inicial**	

CDP de viáticos

Consecutivo CDP	2225	**Dependencia Solicitante**	922845 CENTRO DE LA CONSTRUCCION-VALLE - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION
Rubro Presupuestal de Viaticos	C-3603-1300-20-20305C-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE SABERES PREVIOS CON ÉNFASIS EN POBLACIONES CAMPESINAS Y POPULARES EN COLOMBIA NACIONAL	**Rubro Presupuestal de Gastos de Viaje**	C-3603-1300-20-20305C-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE SABERES PREVIOS CON ÉNFASIS EN POBLACIONES CAMPESINAS Y POPULARES EN COLOMBIA NACIONAL

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
MUÑOZ JULIANA ANDRADE 1	CC: 1114121780	CONTRATISTA	Autorizada	2025-10-03	2025-10-04	VALLE / CALI	VALLE / VERSALLES	1,5	No	50	1,5	4.599.511,00	235.178,00	352.767,00	143.096,00	495.863,00	VIATICOS FORMACION OCT 3 AL 4 VERSALLES TI 90,000. IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL EN EL AREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y MEDIO AMBIENTE EN LAS FICHAS 3145495, 3287666, 3145292.
											Totales Solicitud de Comisión			**352.767,00**	**143.096,00**	**495.863,00**	

OBJETO DE LA COMISIÓN

VIATICOS FORMACION OCT 3 AL 4 VERSALLES TI 90,000. IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL EN EL AREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y MEDIO AMBIENTE EN LAS FICHAS 3145495, 3287666, 3145292.

ORDENADOR DEL GASTO

Identificacion:	66933423	Nombre:	BEATRIZ EUGENIA COBO GARCIA	Cargo:	SUBDIRECTOR CENTRO DE LA CONSTRUCCION - VALLE

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: 2025/09/29 14:38:45 -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:	MHbcobo	BEATRIZ EUGENIA COBO GARCIA
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-076-922810	CENTRO DE LA CONSTRUCCION-VALLE
Fecha y Hora Generación Reporte:	lunes, 29 de septiembre de 2025	

Firma Responsable

Verificado Por:	JULIANA ANDREA ZUNIGA VALENCIA	Fecha Verificación:	29/09/2025 14:38:00

Firmado digitalmente por:
Nombre: BEATRIZ EUGENIA COBO GARCIA
Cédula de ciudadanía: 66933423
Usuario SIIF: MHbcobo
29/09/2025 2:38:58 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.

notaría 5

Gloria Marina Restrepo Campo

Calle 29 Norte No. 6AN-35 - Teléfono: PBX. (60) (2) 6410608

ACTA DE DECLARACIÓN BAJO JURAMENTO PARA FINES EXTRA PROCESALES

(DECRETO 1557 DEL 14 DE JULIO DE 1.989 ARTICULO 1)

No. 2021

EN SANTIAGO DE CALI, CAPITAL DEL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA, REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL 3 de Septiembre de 2025, ANTE MI, **XIMENA MORALES RESTREPO, NOTARIA QUINTA (5) ENCARGADA DEL CIRCULO DE CALI, ACTA DE POSESIÓN No. 64 DEL 3 DE SEPTIEMBRE DEL 2025.** COMPARECIO: **ANDRADE MUÑOZ JULIANA PAOLA,** IDENTIFICADA CON **C. C.** No. **1.114.121.780 EXPEDIDA EN BOLIVAR.** DIRECCIÓN: **CALLE 47 NORTE No. 6A-29 B/ EL BOSQUE, TEL. 3152585697**, PROFESION U OFICIO: **empleada**. De nacionalidad COLOMBIANA, de estado civil: **Soltera,** quien con previa advertencia sobre las implicaciones contempladas en el **Art. 442 del CÓDIGO PENAL,** sobre el falso testimonio y bajo la gravedad de juramento deja expresa constancia de lo siguiente: **PRIMERA:** Que todas las declaraciones que se presentan en este instrumento se rinden bajo la gravedad del juramento y a sabiendas de las implicaciones legales que acarrean jurar en falso. **SEGUNDA:** Que no tiene ninguna clase de impedimento para rendir éstas declaraciones juramentadas, las cuales hace bajo su única y entera responsabilidad. **TERCERA:** Que las declaraciones aquí rendidas son libres de todo apremio y espontánea y versan sobre los hechos de los cuales da plena fe y testimonio en razón que le consta personalmente. **CUARTA:** Con el fin de presentar **para TRÁMITES LEGALES.**

MANIFIESTO:

EN CALIDAD DE MADRE DEL NIÑO, JUAN MANUEL JARAMILLO ANDRADE, IDENTIFICADO CON LA TARJETA DE IDENTIDAD N° 1.117.032.140 DE CALI, ACTUALMENTE CON OCHO (8) AÑOS DE EDAD, QUE MI HIJO DEPENDE DIRECTA Y ECONÓMICAMENTE DE MI, YA QUE SOY YO, QUIEN LE PROPORCIONO TODO LO NECESARIO PARA SU BIENESTAR, SOSTENIMIENTO Y MANUTENCIÓN (VIVIENDA, ALIMENTACIÓN, SALUD, ESTUDIO, VESTUARIO Y GASTOS EN GENERAL).

ESO ES TODO ----------

NOTA: ESTA DECLARACIÓN SE EFECTÚA A INSISTENCIA DEL INTERESADO A QUIEN SE LE INFORMÓ SOBRE LA PROHIBICIÓN CONTENIDA EN EL ARTÍCULO 7 DEL DECRETO No. 019 DE 2012.

NOTA : LA (EL) DECLARANTE MANIFIESTA QUE, LEÍDA Y REVISADA LA PRESENTE DECLARACIÓN EXTRAJUICIO CON FINES EXTRAPROCESALES, LA ENCUENTRA CORRECTA EN SU CONTENIDO, NO OBSERVANDO ERROR ALGUNO EN ELLA.

RESOLUCION No. 00585 DEL 24 DE ENERO DEL 2025. VALOR DE LA DECLARACION EXTRAJUICIOS $18.900 VALOR IVA $3.591 TOTAL $22.491 Declaración TOMADA HACIENDO USO DEL ARTICULO 83 DE LA CONSTITUCION NACIONAL.

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

CALI, 13 de Febrero del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
CALI

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	**1117032140**	**juan manuel jaramillo andrade**	**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,



JULIANA PAOLA ANDRADE MUÑOZ
C.C. 1114121780

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.117.032.140

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55171900

55171900

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	☒ X	01	☐	☐	☐	W7A

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - VALLE - TULUA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
JARAMILLO	ANDRADE

Nombre(s)
JUAN MANUEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes MAR Día 02	MASCULINO	O	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO	13446207-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
ANDRADE MUÑOZ JULIANA PAOLA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.114.121.780 BOLIVAR	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
JARAMILLO CANO ABSALON

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.114.061.587 SAN PEDRO	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
JARAMILLO CANO ABSALON

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.114.061.587 SAN PEDRO	Abselon Jaramillo C.

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 2017 Mes MAR Día 03	ROSA ADIELA CASTRO PRADO Nombre y firma

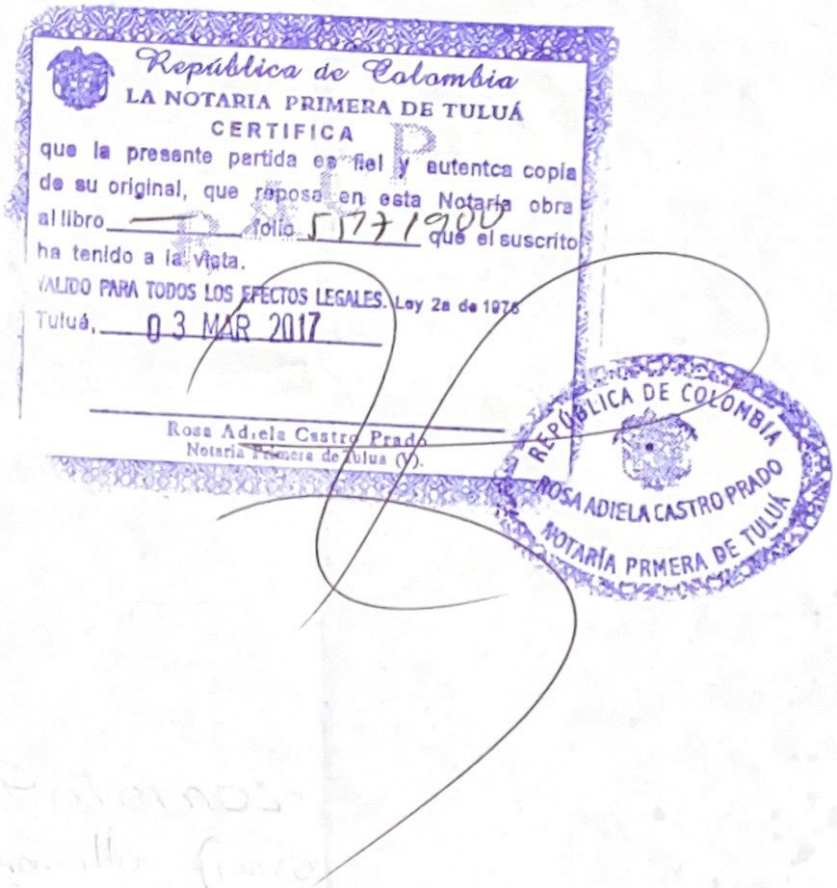
Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Abselon Jaramillo Cano Firma	ROSA ADIELA CASTRO PRADO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

REPÚBLICA DE COLOMBIA ROSA ADIELA CASTRO PRADO NOTARIA PRIMERA DE TULUA

REPÚBLICA DE COLOMBIA ROSA ADIELA CASTRO PRADO NOTARIA PRIMERA DE TULUA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -


República de Colombia
LA NOTARIA PRIMERA DE TULUÁ
CERTIFICA
que la presente partida es fiel y autentca copia de su original, que reposa en esta Notaría obra al libro D folio 5177200 que el suscrito ha tenido a la vista.
VALIDO PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES. Ley 2a de 1975
Tuluá, 03 MAR 2017
Rosa Adiela Castro Prado
Notaría Primera de Tuluá (V).
REPÚBLICA DE COLOMBIA
ROSA ADIELA CASTRO PRADO
NOTARÍA PRIMERA DE TULUÁ

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.117.032.140**

JARAMILLO ANDRADE

APELLIDOS

JUAN MANUEL

NOMBRES

Juan Manuel

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-MAR-2017**

TULUA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

02-MAR-2035 **O+** **M**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

02-ABR-2024 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

P-3100100-01439369-M-1117032140-20240510 **0140113425A 3** 8511371104