

SENA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL SANTANDER

CENTRO DE ATENCION SECTOR AGROPECUARIO-SANTANDER

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

Código Regional68

Código Centro912210

Fecha Elaboración21 de Octubre de 2025

VersiónENERO - 2.25

ID de Proceso28439-047809

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:LEYDY GABRIELA RODRIGUEZ GONZALEZ

Cédula de Ciudadanía1.090.226.369

Correo electrónico:lgrodriguezg@sena.edu.co

IP/N° de contacto:

Inducción SST:SI

Régimen del IVA:NO RESPONSABLE

Banco a consignar:BANCOLOMBIA

Tipo de cuenta:AHORROS

Número de Cuenta:79318080394

Presta Servicios Excluidos de IVA:NO

Pertenece al régimen simple de tributación:NO

Es declarante de renta por el año gravable 2024:SI

¿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 \$65.891.000NO

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:7528209/2025

Nº Compromiso SIIF24725

Número de pagos durante la vigencia del contrato11

OBJETO CONTRACTUAL:  
(Descripción del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES: SERVICIOS PROFESIONALES PARA GESTION PROCESOS PLANEACION EJECUCION Y EVALUACION DIFERENTES ESTRATEGIAS DE INVESTIGACION APLICADA DESARROLLO TECNOLÓGICO E INNOVACION SENNOVA TENGAN LUGAR EN EL CENTRO PL 10M 9D VR MES \$6.150.000

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del01/10/2025Al31/10/2025

Número de pago9

Valor Bruto Pago:\$ 6.150.000,00

Saldo Anterior del Contrato:\$ 18.450.000

Valor Total del Contrato:\$ 63.345.000

Nuevo Saldo del Contrato:\$ 12.300.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios\$ 6.150.000

Ingresos por comisiones\$ 0

Ingresos de otros meses cobrados en el mes\$ 0

TOTAL INGRESOS DEL PERIODO\$ 6.150.000

BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE\$ 3.606.200

Ninguno

Retencion en la Fuente del Periodo\$ 0

Menos, Retefuente Otros Ingresos\$ 0

TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO\$ 0

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

Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS-----

Ingreso Base de Cotización - IBC\$ 2.460.000

Aporte obligatorio a seguridad social salud\$ 307.500

Aporte obligatorio a seguridad social Pensión\$ 393.600

Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional\$ -

ARLII\$ 25.700

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\$ 615.000

Salud hasta\$ 796.784

Renta Exenta 25%\$36.062.775

Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.\$ 9.034.000

Retención en la Fuente Contingente\$

Octubre

Setiembre

Base retención en la fuente a título de RENTA3.606.200,00

Base retención en la fuente a título de ICA6.150.000,00

Valor base IVA0,00

IVA (Si es RESPONSABLE)0,0019%

Menos Retención en la Fuente0,000,00%

Menos Retencion IVA0,0015%

Reteica - 8211 - PIEDECUESTA30.750,000,500%

-0,000%

-0,000%

-0,000%

Otras Retenciones0,000,000%

Otras Retenciones0,000,000%

Otras Retenciones0,000,000%

Otras Retenciones0,000,000%

Otras Retenciones0,000,000%

Descuentos de embargo (Si tiene)0,00

VALOR A PAGAR\$6.119.250,00

TARIFA

SON: SEIS MILLONES CIENTO DIECINUEVE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ob1. Aportar a la construcción de rutas y herramientas desde el Centro de Formación y en articulación con sus actores I+D+i

Ob2. Apoyar técnica, administrativa y operativamente la implementación de las estrategias del ecosistema SENNOVA conforme a lineamiento

Ob3. Articular con las áreas encargadas y apoyar el desarrollo de las actividades relacionadas con la contratación en sus diferentes etapas

Ob4. Desarrollar las actividades de seguimiento administrativo y financiero de los procesos

Ob5. Elaborar de manera oportuna los informes que se requieran sobre los procesos del Sistema

Ob 6. Participar en las actividades que se definan en el marco de la convocatoria anual SENNOVA

Ob7. Gestionar el diligenciamiento, actualización y validación permanente de la información reportada en el Censo SENNOVA

Ob8. Apoyar la gestión y trámite de comisiones nacionales o internacionales, la producción académica del Centro

Ob9. Trabajar de forma articulada y coordinada con las dependencias del Centro para sincronizar las actividades con los programas

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

Leydy G. Rodríguez G

LEYDY GABRIELA RODRIGUEZ GONZALEZ  
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,

Jose Manuel Vera Romero

JOSE MANUEL VERA ROMERO  
INSTRUCTOR G20

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

JAIRO ORLANDO RAMIREZ MONTERO  
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                                   |                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CÉDULA DE CIUDADANÍA              | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1090226369            |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    | LEYDY GABRIELA RODRIGUEZ GONZALEZ |                                                 |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | BARRANQUILLA DEPARTAMENTO:        | ATLANTICO                                       |
| DIRECCIÓN:                                                                | CALLE 41 #50B50 BARRIO ABAJO      | TELÉFONO: 3102390                               |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE                  | CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE                |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA                           | ACTIVIDAD ECONOMICA: Otros trabajos de edición. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                             |                                                 |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO                                |                                                 |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |              |                                    |
|--------------------------------|--------------|------------------------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | 7987276422   | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN             | MES: octubre | PERIODO COTIZACIÓN MES: octubre    |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO: 2025    | SALUD: AÑO: 2025                   |
| DÍAS DE MORA:                  | 0            |                                    |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2025/09/30   | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1813669873    |

| 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                                  |            |              |
| 8002248088            | 230301 | 230301-PORVENIR                         | 1          | \$ 393.600   |
| SUBTOTAL:             |        |                                         | 1          | \$ 393.600   |
|                       |        |                                         |            |              |
| SALUD                 |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                         |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 8001309074            | EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL                      | 1          | \$ 307.500   |
| SUBTOTAL:             |        |                                         | 1          | \$ 307.500   |
|                       |        |                                         |            |              |
| RIESGOS PROFESIONALES |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                         |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 8600111536            | 14-23  | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1          | \$ 25.700    |
| SUBTOTAL:             |        |                                         | 1          | \$ 25.700    |
|                       |        |                                         |            |              |

|                 |            |
|-----------------|------------|
| VALOR SIN MORA: | \$ 726.800 |
| VALOR MORA:     | \$ 0       |
| TOTAL PAGADO:   | \$ 726.800 |



## FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Piedecuesta, 21 de octubre de 2025

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:

|             |                   |                                           |              |
|-------------|-------------------|-------------------------------------------|--------------|
| <b>C.C.</b> | <b>27.800.804</b> | <b>María Ernestina González Rodríguez</b> | <b>MADRE</b> |
|-------------|-------------------|-------------------------------------------|--------------|

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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: Leydy Gabriela Rodríguez González

C.C. 1.090.226.369 de Ragonvalía

**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACION PERSONAL**  
CEDULA DE CIUDADANIA  
**27800804**

NUMERO

**GONZALEZ RODRIGUEZ**  
APELLIDOS

**MARIA ERNESTINA**  
NOMBRES

*Maria Ernestina Gonzalez R*  
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **17-OCT-1967**  
**PAMPLONITA**  
(NORTE DE SANTANDER)  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.54** **A+** **F**  
ESTATURA G.S. RH SEXO

**09-DIC-1985 RAGONVALIA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

*Ivan Duque Escobar*  
REGISTRADOR NACIONAL  
IVAN DUQUE ESCOBAR



A-2507000-55107282-F-0027800804-20021023 06645 02295A 01 117270856





ESTA REPRODUCCIÓN  
FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE  
LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS  
ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA



|                                        |                                         |                                               |                                         |                                          |
|----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|
| ORDINALES O<br>CODIGOS DE<br>LOS MESES | ENERO... 01<br>MAYO... 05<br>SEPT... 09 | FEBRERO... 02<br>JUNIO... 06<br>OCTUBRE... 10 | MARZO... 03<br>JULIO... 07<br>NOV... 11 | ABRIL... 04<br>AGOSTO... 08<br>DIC... 12 |
|----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|

REPUBLICA DE COLOMBIA  
REGISTRO CIVIL

Superintendencia de Notariado y Registro  
9624727

REGISTRO DE NACIMIENTO

880401-77811

IDENTIFICACION No.

|                |                |
|----------------|----------------|
| 1 Parte básica | 2 Parte compl. |
| 8 8 0 4 0 1    | 5 9            |

|                              |                                                                       |                                                                           |          |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------|
| OFICINA<br>REGISTRO<br>CIVIL | 3 Clase (Notaría, Alcaldía, Corregiduría, etc.)<br>ALCALDIA MUNICIPAL | 4 Municipio y Departamento, Intendencia o Comisar/a<br>RAGONVALIA ( N.s.) | 5 Código |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------|

SECCION GENERICA

|                             |                                    |                                                                                    |                             |
|-----------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| NSCRITO                     | 6 Primer apellido<br>RODRIGUEZ     | 7 Segundo apellido<br>GONZALEZ                                                     | 8 Nombres<br>LEYDY GABRIELA |
| SEXO                        | 9 Masculino o Femenino<br>FEMENINO | 10 <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino | 11 Día<br>1                 |
|                             |                                    |                                                                                    | 12 Mes<br>ABRIL             |
|                             |                                    |                                                                                    | 13 Año<br>1.988             |
| LUGAR<br>DE NACI-<br>MIENTO | 14 País<br>COLOMBIA                | 15 Departamento, Int., o Com.<br>N.S.                                              | 16 Municipio<br>RAGONVALIA  |

SECCION ESPECIFICA

|                                 |                                                                                                                                 |                                                                                |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| DATOS<br>DEL<br>NACI-<br>MIENTO | 17 Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento<br>CENTRO SALUD RAGONVALIA | 18 Hora<br>10.30 P.M.                                                          |
|                                 | 19 Documento presentado—Antecedente (Cert. médico, Acta parroq. etc.)<br>CERTIFICADO VACUNACION                                 | 20 Nombre del profesional que certificó el nacimiento<br>ELVA CARVAJAL ESCOBAR |
|                                 | 21 No. licencia                                                                                                                 |                                                                                |
| MADRE                           | 22 Apellidos (de soltera)<br>GONZALEZ RODRIGUEZ                                                                                 | 23 Nombres<br>MARIA ERNESTINA                                                  |
|                                 | 24 Edad actual<br>21                                                                                                            |                                                                                |
|                                 | 25 Identificación (clase y número)<br>C.C No 27.800.804 Ragonvalia                                                              | 26 Nacionalidad<br>Colombiana                                                  |
|                                 |                                                                                                                                 | 27 Profesión u oficio<br>Hogar                                                 |
| PADRE                           | 28 Apellidos<br>RODRIGUEZ SANCHEZ                                                                                               | 29 Nombres<br>JORGE ELIECER                                                    |
|                                 | 30 Edad actual<br>25                                                                                                            |                                                                                |
|                                 | 31 Identificación (clase y número)<br>C.C No 88.161.655 Ragonvalia                                                              | 32 Nacionalidad<br>Colombiano                                                  |
|                                 |                                                                                                                                 | 33 Profesión u oficio<br>Comerciante                                           |

|                                 |                                                                     |                                               |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| DENUN-<br>CIANTE                | 34 Identificación (clase y número)<br>C.C No 88.161.655 Ragonvalia  | 35 Firma (autógrafo)<br>Jorge E. Rodriguez S. |
|                                 | 36 Dirección postal y municipio<br>Ragonvalia                       | 37 Nombre: Jorge Eliecer Rodriguez S.         |
|                                 | 38 Identificación (clase y número)<br>C.C No 88.162.064 Ragonvalia  | 39 Firma (autógrafo)                          |
| TESTIGO                         | 40 Domicilio (Municipio)<br>Ragonvalia                              | 41 Nombre: Francisco Crispin Oliveros         |
|                                 | 42 Identificación (clase y número)<br>C.C No 2.195.798 Suarata (SS) | 43 Firma (autógrafo)                          |
| TESTIGO                         | 44 Domicilio (Municipio)<br>Eagonvalia                              | 45 Nombre: Luis Antonio Torres Latorre        |
| FECHA<br>DE<br>INSCRIP-<br>CION | (FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO)<br>46 Día<br>29              | 47 Mes<br>ABRIL                               |
|                                 | 48 Año<br>1.988                                                     |                                               |

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL



ESTA REPRODUCCIÓN  
FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE  
LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS  
ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA



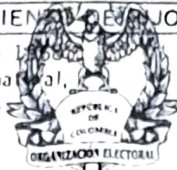
ESTA REPRODUCCIÓN  
FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE  
LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS  
ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA



ESTA REPRODUCCIÓN  
FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE  
LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS  
ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

#### RECONOCIMIENTO DE NIÑO NATURAL

Para efecto del artículo primero (1o.) de la Ley 75 de 1959,  
reconozco al niño a que se refiere esta acta como mi hijo natural,  
en cuya constancia firmo.



59

Firma del padre que hace el reconocimiento

**REGISTRADURÍA  
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**

Firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

#### 61) NOTAS

LA SUSCRITA REGISTRADORA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL DE RAGONVALIA NORTE DE  
SANTANDER

#### CERTIFICA:

Que, el presente es fiel y exacta reproducción fotostática, tomada de su original que reposa en los  
archivos de Registro Civil de Nacimiento (X) Matrimonio( ) Defunción ( ) de esta oficina con  
Adhesivo No. 38677833-8, Bajo el Indicativo Serial No. 9624727  
a Nombre de Leidy Gabriela Rodríguez González.

EXENTO DE SELLOS ARTICULO 20 LEY 962 DE 2005

Dado en Ragonvalia Norte de Santander a los 20-03-2025

  
EDNA DOOLIET PÁEZ PARADA  
REGISTRADORA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL

Yo, ANA MARIA RAMIREZ REYES, identificada con la cédula de Ciudadanía N° 1.098.796.489 expedida en Bucaramanga y con Tarjeta Profesional N . 297073-T según resolución inscripción 1976 de mayo 18 de 2022 de la Junta Central de Contadores

### CERTIFICO COMO CONTADOR PUBLICO QUE:

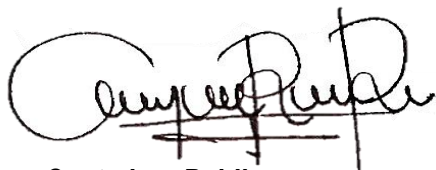
Que para efectos de la norma establecida en el numeral 5. *del párrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario*, la señora **MARÍA ERNESTINA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía 27.800.804 de Ragonvalia, residente de la ciudad Ragonvalia, es la **madre** de la señorita **LEYDY GABRIELA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.090.226.369 de Ragonvalia.

Que en la actualidad la señora **MARÍA ERNESTINA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ** no obtiene ingresos propios, por lo cual cumple los criterios para que pueda figurar como dependiente de la señorita **LEYDY GABRIELA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ**.

A su vez certifico que **LEYDY GABRIELA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ** cumple con los requisitos del art. 383 del Estatuto Tributario modificado por la ley 2010 de 2019 la que establece la tabla de retención en la fuente para asalariados siendo esta la manera como se deberá aplicar la tarifa por concepto de retención en la fuente por ingresos laborales ya que no posee más de 2 trabajadores a cargo

La presente certificación se expide para que sea presentada por la señorita **LEYDY GABRIELA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ** ante el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA.

*En constancia de lo anterior, firmo en la ciudad de Bucaramanga, a los 19 días del mes de octubre del 2025*



Contadora Publica  
Ana María Ramírez Reyes  
Cc 1098796489  
TP. 297073-T



República de Colombia  
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD  
ADMINISTRATIVA  
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL  
DE CONTADORES**



**297073-T**

**ANA MARIA  
RAMIREZ REYES  
C.C. 1098796489**

**RES. INSCRIPCION 1976**

**DEL 18/05/2022**

**UNIVERSIDAD SANTO TOMAS**



Para uso exclusivo de FMB AGROSOLUCIONES SAS

**JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA  
DIRECTOR GENERAL**

**320388**

**342587**



Identificación Plástica S.A. 210331/0721

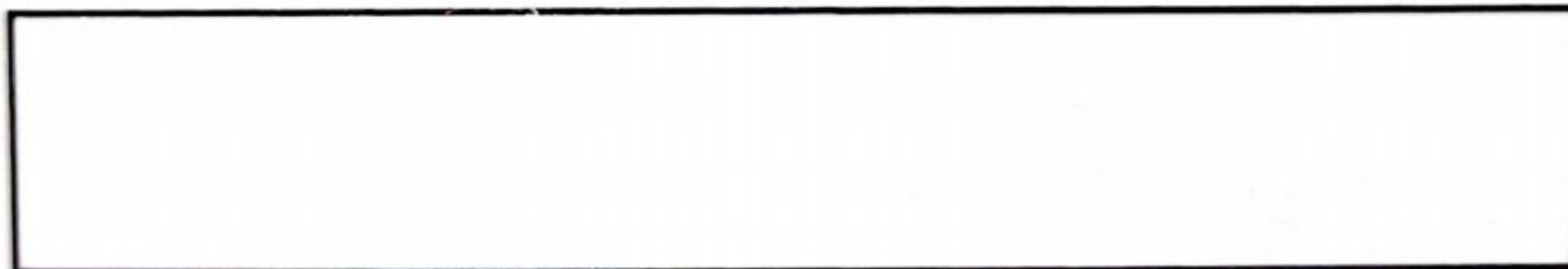
República de Colombia  
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**



Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público o Entidad Prestadora de Servicios Contables, según corresponda, de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990 y el Decreto 1510 de 1998. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.



**FIRMA**

Para uso exclusivo de FMB AGROSOLUCIONES SAS

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.098.796.489**

**RAMIREZ REYES**

APELLIDOS  
**ANA MARIA**

NOMBRES

*[Signature]*  
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **12-ABR-1997**

**BUCARAMANGA**  
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.60** **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

**15-ABR-2015 BUCARAMANGA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*[Signature]*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS AVEL GARCIA TORRES

INDICE DERECHO



P-2700100-00718628-F-1000796489-20150703 004468002A 1 4420791