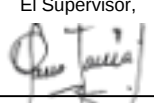


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) REGIONAL CUNDINAMARCA CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL-CUNDINAMARCA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		25	
			Código Centro		951310	
			Fecha Elaboración		Diciembre de 2025	
			Versión		ENERO - 2.25	
			ID de Proceso		06309-685209	
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos: LUZ STELLA LIZARAZO CACERES			Banco a consignar: BANCOLOMBIA			
Cédula de Ciudadanía: 52.361.811			Tipo de cuenta: AHORROS			
Correo electrónico: llizarazoc@sena.edu.co			Número de Cuenta: 26276909052			
IP/Nº de contacto: 3105886077			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		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 \$65.891.000					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: 8692336/2025		Nº Compromiso SIIF: 667025		Número de pagos durante la vigencia del contrato		1
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS DE LA OFERTA ACADÉMICA DEL CENTRO DESARROLLO AGROEMPRESARIAL DE LA REGIONAL CUNDINAMARCA, EN SUS DIFERENTES MODALIDADES; PERTENECIENTES A LA RED DE INSTITUCIONAL DE PEDAGOGÍA.				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del 10/12/2025		Al 30/12/2025		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 3.219.658
Número de pago 1				Valor Total del Contrato:		\$ 3.219.658
Valor Bruto Pago:		\$ 3.219.658,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 0
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 3.219.658		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		\$ 3.219.658		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 1.857.992		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		-----		7993313909		
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.423.500		\$ 0		Base retención en la fuente a titulo de RENTA 1.857.992,00 TARIFA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 178.000		\$ 0		Base retención en la fuente a titulo de ICA 2.813.858,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 227.800		\$ 0		Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
ARL II		\$ 14.900		\$ 0		Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				Menos Retencion IVA 0,00 15%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				Reteica - 8299 - CHIA 22.511,00 0,800%
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		\$ -				Otras Retenciones 0,00 0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -				Otras Retenciones 0,00 0,000%
Dependientes hasta		\$ 321.966				Otras Retenciones 0,00 0,000%
Salud hasta \$ 796.784		\$ -				Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25% \$ 3.278.434		\$ 619.000				Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 0						
Retención en la Fuente Contingente \$						Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
				VALOR A PAGAR		\$3.197.147,00
SON: TRES MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL CIENTO CUARENTA Y SIETE PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Realizar seguimiento etapa productiva a las fichas asignadas, verificación de formatos F 023 y Bitácoras, Evaluación Etapa Productiva						
FICHA 2872230 CONSTRUCCION EN EDIFICACIONES						
FICHA 2875294 MANTENIMIENTOELECTROMECHANICO INDUSTRIAL						
FICHA 3142080 ASISTENCIA EN ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS						
FICHA 3142752 PROMOTORIA EN MANEJO AMBIENTAL						
FICHA 3220813 CONSTRUCCION DE PORYECTOS DE JARDINERIA CON AMOBLAMIENTO URBANO						
TOTAL HORAS ACDEMICAS 112						
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:						
1. Cumpli 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				 LUZ STELLA LIZARAZO CACERES 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.				JAIRO ENRIQUE GARCIA PINEROS INSTRUCTOR		
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 JAVIER RICARDO JIMENEZ RINCON SUBDIRECTOR DE CENTRO G02						



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Luz Stella Lizarazo Caceres, identificado(a) con CC número 52361811, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52361811
NOMBRES Y APELLIDOS	Luz Stella Lizarazo Caceres
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	02/09/1978
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/08/2021
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/08/2021
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 52361811 LUZ STELLA LIZARAZO
CACERES Desde 01/01/2023 - Vigente

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

LUZ STELLA LIZARAZO CACERES identificado con CC. 52361811 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Tipo y Numero de Documento	NI - 8999999034

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2025/02/08	Fecha inicio contrato	2012/03/06
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2012/07/04
Riesgo	1	Código actividad económica	1806001
Estado afiliación	Activo		
Fecha retiro		Estado del contrato	Retirado

Esta certificación se expide a los 13 días del mes de diciembre del 2025.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC13122025L52361811L1241818**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
Nit. 860.011.153-6 | **Línea Gratuita Nacional:** (+57) 01-8000-111-170 - **Teléfono:** +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de





**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUZ STELLA LIZARAZO CACERES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.361.811**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



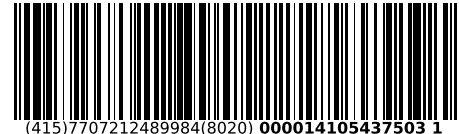
Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario

141054375031



(415)7707212489984(8020) 000014105437503 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

5 2 3 6 1 8 1 1

6. DV

4

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1

26. Número de Identificación

5 2 3 6 1 8 1 1

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

Bogotá D.C.

29. Departamento

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

LIZARAZO

32. Segundo apellido

CACERES

33. Primer nombre

LUZ

34. Otros nombres

STELLA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 52 165 58 IN 13 AP 204

42. Correo electrónico

lsteliz811@misena.edu.co

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 0 5 8 8 6 0 7 7

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 5 4 3

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 2 0 3 0 1

Actividad secundaria

48. Código

8 6 9 2

49. Fecha inicio actividad

2 0 0 9 0 8 2 1

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

2 2 2 3

52. Número

establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario
22- Obligado a cumplir deberes formales a
49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 52361811
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	LUZ STELLA LIZARAZO CACERES	
CIUDAD/MUNICIPIO:	CHIA DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CARRERA 2 # 30-61	TELÉFONO: 2724730
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7993313909	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1965079311

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	\$ 294.400
SUBTOTAL:			1	\$ 294.400
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	\$ 230.000
SUBTOTAL:			1	\$ 230.000
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600073361	CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	\$ 36.800
SUBTOTAL:			1	\$ 36.800
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 19.300
SUBTOTAL:			1	\$ 19.300

VALOR SIN MORA:	\$ 580.500
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 580.500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 52361811
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	LUZ STELLA LIZARAZO CACERES	
CIUDAD/MUNICIPIO:	CHIA DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CARRERA 2 # 30-61	TELÉFONO: 2724730
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7996869355	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: diciembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1974252347

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	\$ 294.400
SUBTOTAL:			1	\$ 294.400
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	\$ 230.000
SUBTOTAL:			1	\$ 230.000
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600073361	CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	\$ 36.800
SUBTOTAL:			1	\$ 36.800
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 19.300
SUBTOTAL:			1	\$ 19.300

VALOR SIN MORA:	\$ 580.500
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 580.500



PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de brindar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Chía, 13 de diciembre 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 párrafo 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.	1052845385	SARAH LUZ CARRASCAL LIZARAZO	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: LUZ STELLA LIZARAZO CACERES
C.C. 52361811 BOGOTA DC

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP	1052845385
------	------------

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

55521654

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina								DX
Registraduría ☐	Notaría ☒	Número ☐	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	1 4 7 1	
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía								
COLOMBIA BOYACA DUITAMA								

Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
CARRASCAL		LIZARAZO	
Nombre(s)			
SARAH LUZ			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año	Mes	Día	Factor RH
2 0 1 5	0 8	2 4 FEMENINO	0 NEGATIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA BOYACA DUITAMA			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO.	52672439-6

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
LIZARAZO CACERES LUZ STELLA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C. DE C. 52.361.811 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
CARRASCAL ILLERA GERMAN ALONSO	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C. DE C. 72.238.506 DE BARRANQUILLA	COLOMBIANO

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
LIZARAZO CACERES LUZ STELLA	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C. DE C. 52.361.811 DE BOGOTA D.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 2 0 1 5 Mes S E P Día 0 2	REYNEIRO HERNANDO FLECHAS DIAZ

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario que hace el reconocimiento
GERMAN CARRASCAL	REYNEIRO HERNANDO FLECHAS DIAZ

ESPACIO PARA NOTAS	
SE INSCRIBE AL LIBRO DE VARIOS TOMO 65 FOLIO 0000056	
REYNEIRO HERNANDO FLECHAS DIAZ	

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



55521654



Hace constar:

Que el Sr(a) LUZ STELLA LIZARAZO CACERES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52361811 realizó el día 12/12/2025 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo LUZ STELLA LIZARAZO CACERES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52361811 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) LUZ STELLA LIZARAZO CACERES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52361811 el día 13/12/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA