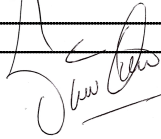


<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional		11
			Código Centro		921010
			Fecha Elaboración		Diciembre de 2025
			Versión		ENERO - 2.25
			ID de Proceso		08774-445759
REGIONAL DISTRITO CAPITAL					
CENTRO DE ELECTRICIDAD Y ELECTRÓNICA- BTÁ D.C.					
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1					
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos: JUAN SEBASTIAN SUAREZ DAZA			Banco a consignar: BANCOLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía 1.015.414.925			Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: jsuarez@sena.edu.co			Número de Cuenta: 91200490199		
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: 7369449/2025		Nº Compromiso SIIF 7125		Número de pagos durante la vigencia del contrato 11	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR.PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LOS DIFERENTES NIVELES DE ACUERDO A LAS COMPETENCIAS REQUERIDAS EN CADA UNO DE LOS PROGRAMAS OFERTADOS DE FORMACIÓN TITULADA			
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del 01/12/2025 Al 23/12/2025		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 3.526.291	
Número de pago 11		Valor Total del Contrato:		\$ 47.834.914	
Valor Bruto Pago: \$ 3.526.291,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 0	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios \$ 3.526.291		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 \$ 3.526.291		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.070.362		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 2.070.362,00 TARIFA	
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	91673881	Base retención en la fuente a titulo de ICA 3.120.491,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.423.500	\$ 1.839.804	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 178.000	\$ 230.000	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 227.800	\$ 294.400	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA 0,00 15%	
ARL I		\$ 7.500	\$ 9.700	Reteica - 8299 - BOGOTÁ 30.144,00 0,966%	
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		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%	
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		\$ 352.629		Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Salud hasta \$ 796.784		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Renta Exenta 25% \$36.062.775		\$ 690.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 8.661.000				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Retención en la Fuente Contingente \$				VALOR A PAGAR \$3.496.147,00	
SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CIENTO CUARENTA Y SIETE PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Asignación de fichas PERIODO IV: 3069216 NOCTURNA- 3115695 DIURNA					
-Competencia: 38526 - REPARAR TARJETAS ELECTRÓNICAS DE ACUERDO CON TÉCNICAS ESPECIALIZADAS DE DIAGNÓSTICO					
-Resultado: 581171 - RA13 (96HORAS): DIAGNOSTICAR TARJETAS ELECTRÓNICAS INDUSTRIALES SEGÚN PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS					
-Resultado: 581172 - RA15 (48HORAS): COMPROBAR EL FUNCIONAMIENTO DE TARJETAS ELECTRÓNICAS REPARADAS SEGÚN PARÁMETROS TÉCNICOS.					
-Resultado: 581173 - RA14 (48HORAS): CORREGIR FALLAS EN TARJETAS ELECTRÓNICAS INDUSTRIALES DE ACUERDO CON RESULTADOS DE DIAGNÓSTICO					
-Competencia: 37820 - ENSAMBLAR TARJETAS ELECTRÓNICAS SEGÚN ESPECIFICACIONES Y NORMATIVA TÉCNICA					
-Resultado: 581165 - RA7 (48HORAS): ALISTAR INSUMOS PARA EL ENSAMBLE DE TARJETAS ELECTRÓNICAS SEGÚN REQUERIMIENTOS DEL PRODUCTO					
-Resultado: 581166 - RA8 (48HORAS): ENSAMBLAR COMPONENTES DE TARJETAS ELECTRÓNICAS TENIENDO EN CUENTA NORMAS TÉCNICAS,					
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:			<div><div>JUAN SEBASTIAN SUAREZ DAZA.</div></div>		
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			JUAN SEBASTIAN SUAREZ DAZA 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;			<div></div>		
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.			ANDRES CAMILO QUINTERO SANTOS INSTRUCTOR G12		
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 LINA SAMARIS SILVA BELTRAN SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)					

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	01/12/2025	91673881	\$534.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	230.000	0		0		0	0	0	0	230.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	294.400	0	0	0	0	0	0		294.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.700				9.700	0	0	9.700			97	9.700	1

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

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
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	230.000	230.000
Pensión	1	294.400	294.400
Riesgos Laborales	1	9.700	9.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	534.100	534.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1015414925	JUAN SEBASTIAN SUAREZ DAZA		cra 111 C # 88 - 05	6013652297	jssd39@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						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
2025-11	2025-11	I	01/12/2025	91673881	10
					TOTAL A PAGAR
					\$534.100

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	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	1015414925	SUAREZ DAZA JUAN SEBASTIAN	59	0			N																		230201	1.839.805	294.400	0	0	0	0	EPS008	1.839.805	230.000	14-23	1.839.805	1	9.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
	PERIODO SALUD				PERIODO PENSIONES	1
					TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	09/12/2025	92185637	\$413.300	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	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				

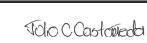
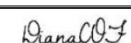
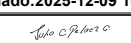
TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	413.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1015414925	JUAN SEBASTIAN SUAREZ DAZA		cra 111 C # 88 - 05	6013652297	jssd39@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-12	2025-12	I	09/12/2025	92185637	\$413.300

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	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	1015414925	SUAREZ DAZA JUAN SEBASTIAN	59	0		N																		230201	1.423.500	227.800	0	0		0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

						Versión: 05	
						Código: GTH- F- 074	
Proceso Gestión del Talento Humano							
Formato entrega de bienes e información de ejecución contractual por el contratista							
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: SUÁREZ DAZA JUAN SEBASTIÁN						IDENTIFICACIÓN	
CIUDAD	Bogotá	FECHA	2025-12-08 17:12:20	REGIONAL	Distrito Capital	1015414925	
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:			Cra 30 No 17-25				
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:		7369449/2025					
CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO							
LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	X	CESIÓN		LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO		TERMINACIÓN UNILATERAL	
DEPENDENCIA SENA	Marcar con x	RESPONSABLES					
		NOMBRES Y APELLIDOS				FIRMA	
GESTIÓN DE TIC	X	GAITÁN CÓRDOBA JESÚS ALBERTO				 Firmado:2025-12-13 10:16:03	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	X	RUEDA MELO LUÍS ARTURO				 Firmado:2025-12-09 08:34:12	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL	X	RINCÓN BARBOSA BRAYAN ALBERTO				 Firmado:2025-12-09 08:40:21	
ALMACÉN E INVENTARIOS		Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx y anexar al formato					
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)	X	REY SÁNCHEZ JORGE ALEXANDER				 Firmado:2025-12-09 08:38:41	
CONTABILIDAD	X	GUEVARA CARDONA VÍCTOR DANIEL				 Firmado:2025-12-09 09:51:18	
TESORERIA	X	CASTAÑEDA PÉREZ JULIO CESAR				 Firmado:2025-12-09 08:36:33	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA	X	GONZÁLEZ ARENAS LUÍS CARLOS				 Firmado:2025-12-09 11:14:09	
BIBLIOTECA	X	OVALLE FERNANDEZ DIANA CAROLINA				 Firmado:2025-12-09 16:07:57	
OTRO-CENTRO LOGÍSTICO	X	PELÁEZ GIRÓN JULIO CÉSAR				 Firmado:2025-12-10 15:34:44	
OTRO-AMBIENTE GLOBAL	X	GONZALEZ BASTO PAULA MELISSA				 Firmado:2025-12-09 14:33:32	
SUPERVISOR DE CONTRATO	X	QUINTERO SANTOS ANDRÉS CAMILO				 Firmado:2025-12-09 11:55:16	
ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)							
OTROS : _____							
						 Firma del Contratista	
-Paz y Salvo solicitado por:CONTRATISTA							

Nota: Las firmas, fecha e información de este paz y salvo, serán verificadas en la Plataforma por el CEET

		Versión: 05	
		Código: GTH- F- 074	
Proceso Gestión del Talento Humano			
Formato entrega de bienes e información de ejecución contractual por el contratista			
INSTRUCCIONES PARA OBTENER LIQUIDACIÓN			
1. Procesos a realizar para el Grupo Almacén e Inventarios.			
GRUPO DE ALMANECES E INVENTARIOS	ENTREGÓ		
	SI	NO	
Equipo de computo con sus accesorios (impresora y escaner)			
Equipos de comunicación (fijos y moviles)			
Moviliario (Sillas, escritorios, archivadores, locker, decansa pies, base para computador, tablero, entre otros)			
Útiles y accesorios de escritorio (cosedora, perforadora, USB devolutivo)			
Equipo de video conferencia: video beam, televisores o monitores (con sus accesorios)			
Demás elementos que le hayan sido entregados para el desempeño de sus funciones			
Apertura cuentas de responsabilidad por faltantes			
Cuenta de Responsabilidad Número:0			
Fecha: 0 - -			
<p>2. Procedimiento Oficina de Sistemas El supervisor del contrato debe registrar el requerimiento en la Mesa de Servicios y relacionar el número del caso en la casilla de la Oficina de Sistemas. (Puede relacionar en un requerimiento a varios cuenta dantes, lo importante es especificar el nombre y la cedula de cada uno de los que finalizan el contrato). Para los responsables en los centros de formación se sugiere que lo firme el encargado de sistemas en representación del grupo el procedimiento seria similar.</p>			

Nota: Las firmas, fechas e información de este paz y salvo, serán verificadas en la Plataforma por el CEET



Proceso Gestión del Talento Humano
Formato entrega de bienes e información de ejecución contractual por el contratista

Versión: 05

Código:
GTH- F. 074

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO

NO IMPRIMIR

1. Generalidades

- 1) El objetivo de este formato es que lo contratistas realicen entrega de bienes e información en el marco de la ejecución contractual .
 2) Lo diligencian y trámitan los contratistas en cada una de las áreas correspondientes.
 3) Se le entrega al supervisor del contrato.

2. Instrucciones para diligenciar las casillas

NOMBRE DE LA CASILLA	INSTRUCCIONES	TENER EN CUENTA
Nombres y Apellidos del contratistas	Registrar nombre completo del contratista	
Ciudad	Hace referencia a la ciudad donde se ejecutó el contrato.	
Fecha	Fecha de diligenciamiento del contrato	
Regional	Regional donde se ejecutó el contrato	
Identificación	No. de identificación	
Dirección u oficina	Donde se ejecutó el contrato:	
Número y fecha de contrato	Número del contrato consultarlo en SECOP	
Causal de terminación del contrato	Seleccionar alguna de las opciones: Liquidación por mutuo acuerdo, Cesión, Liquidación Anticipada por mutuo acuerdo, Terminación unilateral	
Dependencia SENA	Dependencia que entrega el visto bueno frente a la entrega de bienes o información	
Responsables	Nombres, apellidos y firma del responsable del área que entrega el visto bueno	
Elementos faltantes u obligaciones pendientes	Relacionar con su respectivo valor	
Firma del contratista	Firma del contratista quien entrega los bienes o información relacionada con la ejecución del contrato en refe	

Nota: Trámitar el documento con la hoja 1 de entrega de bienes y la hoja de instrucciones de liquidación.



	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) JUAN SEBASTIAN SUAREZ DAZA identificado(a) con CC. 1015414925 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 13 de Diciembre de 2025 a las 08:34:24

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.



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BARRANQUILLA, 6 de Febrero del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BARRANQUILLA

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:

RC	1011267405	AMELIA NICKOLLE SUAREZ PATARROYO	Hijo(a)
----	------------	-------------------------------------	---------

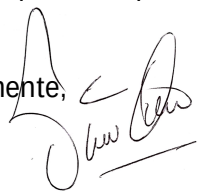
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



JUAN SEBASTIAN SUAREZ DAZA.

JUAN SEBASTIAN SUAREZ DAZA
C.C. 1015414925



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

NUIP

1011267405

Indicativo
Serial

62734330

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	☐	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	A	1	H
País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección de Policía															
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. NOTARÍA 50 BOGOTÁ DC															

Datos del inscrito

Primer Apellido										Segundo Apellido									
SUAREZ										PATARROYO									
Nombre(s)																			
AMÉLIA NICKOLLE																			
Fecha de nacimiento										Sexo (en letras)					Grupo sanguíneo			Factor RH	
Año	2	0	2	4	Mes	M	A	R	Día	1	2	FEMENINO					O	POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección)																			
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.																			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos										Número certificado de nacido vivo									
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO										24031210894376									

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos																			
PATARROYO ROJAS JULY DANIELA																			
Documento de identificación (Clase y número)										Nacionalidad									
CC No. 1014189948										COLOMBIA									

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos																			
SUAREZ DAZA JUAN SEBASTIAN																			
Documento de identificación (Clase y número)										Nacionalidad									
CC No. 1015414925										COLOMBIA									

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos																			
SUAREZ DAZA JUAN SEBASTIAN																			
Documento de identificación (Clase y número)										Firma									
CC No. 1015414925										Juan Sebastián SD									

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	2	4	Mes	M	A	R	Día	1	3	GABRIEL URIBE ROLDAN									

Reconocimiento paterno										Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento									
Juan Sebastián SD										GABRIEL URIBE ROLDAN									
Firma										Nombre y firma									

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO: ANOTADO EN EL LIBRO DE VARIOS 215 FOLIO 232; 13/03/2024																			



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

NOTARIA 50 DE BOGOTÁ, D.C.

REGISTRO CIVIL

El presente Registro es copia (fotocopia) auténtica tomada del original que reposa en nuestros archivos de Registro Civil de Nacimiento. Válido para acreditar parentesco.

Se expide a solicitud de Juan Sebastian Suarez Bogotá D.C. Data 15 MAR 2024