



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 | Mayo de 2026 |
| Versión | ENERO - 1,26 |
| ID de Proceso | 77123-510681 |

DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|--|-------------------------------|---|-------------|
| Nombres y apellidos: | DANIEL ALEJANDRO PEREZ CORTES | Banco a consignar: | BANCOLOMBIA |
| Cédula de Ciudadanía | 1.013.633.923 | Tipo de cuenta: | AHORROS |
| Correo electrónico: | daaperez@sena.edu.co | Número de Cuenta: | 17300020551 |
| 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 2025 | SI |
| ¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión? | | | |
| Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600 | | | |
| Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a \$209.496.000 (debe registrarse como responsable del IVA) | | | |
| ¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente? | | | |
| Concepto del pago corresponde a: | | | |
| TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. | | | |

DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|--|---|--------------------|-------|--|----|
| Nº del contrato: | 9210570/2026 | Nº Compromiso SIIF | 35926 | Número de pagos durante la vigencia del contrato | 11 |
| OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado) | INSTRUCTOR: ORIENTACIÓN, DESARROLLO Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS PROCESOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LOS PROGRAMAS QUE CONFORMAN LA OFERTA ACADÉMICA DEL CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL DE LA REGIONAL | | | | |

DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|-------------------|-----------------|----|------------|------------------------------|---------------|
| Del | 01/05/2026 | Al | 31/05/2026 | Saldo Anterior del Contrato: | \$ 35.057.478 |
| Número de pago | 4 | | | Valor Total del Contrato: | \$ 48.796.219 |
| Valor Bruto Pago: | \$ 4.737.497,00 | | | Nuevo Saldo del Contrato: | \$ 30.319.981 |

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---------------------|---------------------------------------|-------------|
| Ingresos por honorarios | \$ 4.737.497 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | \$ 0 | Retención en la Fuente del Periodo | \$ 0 |
| TOTAL INGRESOS DEL PERIODO | \$ 4.737.497 | | \$ 0 |
| BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE | \$ 3.140.497 | TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO | \$ 0 |

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

| | Mayo | Abril | Base retención en la fuente a título de RENTA | | TARIFA |
|--|---------------|--------------|---|-----------------------|--------|
| Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS | ----- | 77505736 | Base retención en la fuente a título de ICA | 3.140.497,00 | |
| Ingreso Base de Cotización - IBC | \$ 1.894.999 | \$ 1.894.999 | Valor base IVA | 4.197.397,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | \$ 236.900 | \$ 236.900 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | \$ 303.200 | \$ 303.200 | Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | \$ - | \$ 0 | Menos Retención IVA | 0,00 | 15% |
| ARL | \$ 9.900 | \$ 9.900 | Reteica - 8299 - CHIA | 33.579,00 | 0,800% |
| | \$ - | \$ - | | 0,00 | 0% |
| | \$ - | \$ - | | 0,00 | 0% |
| | \$ - | \$ - | | 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 | \$ - | \$ - | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta | \$ 837.984 | \$ - | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Renta Exenta 25% | \$ 37.927.505 | \$ 1.047.000 | | 0,00 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | \$ 3.033.000 | | | | |
| Retención en la Fuente Contingente | \$ - | \$ - | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| | | | VALOR A PAGAR | \$4.703.918,00 | |

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TRES MIL NOVECIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| |
|--|
| Ejecutar la formación profesional integral en los programas que le sean asignados por el Centro de Formación |
| Diseñar, planear y ejecutar el proceso formativo de los programas asignados, garantizando la correcta estructuración |
| Evaluar el desempeño de los aprendices y emitir los juicios valorativos sobre el cumplimiento de los resultados de aprendizaje |
| Registrar, custodiar y mantener actualizada la información académica, administrativa y formativa de los aprendices en los sistemas |
| Velar por el cumplimiento del Reglamento del Aprendizaje, reportando de manera oportuna al Coordinador Académico las novedades |
| Participar activamente en las actividades institucionales de apoyo a la formación convocadas por el Centro de Formación |
| Cumplir con los lineamientos, procedimientos, políticas y directrices del Sistema Integrado de Gestión y Autoevaluación del SENA |
| Atender y cumplir de manera oportuna las instrucciones, requerimientos y solicitudes impartidas por el Supervisor del Contrato |

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

Daniel Perez

DANIEL ALEJANDRO PEREZ CORTES
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
- 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,

LEONARDO LUCHINI MORERA
INSTRUCTOR G08

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizó el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO
GERMAN RAIMUNDO ROBAYO CRUZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|--------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1013633923 | DANIEL ALEJANDRO PEREZ CORTES | | calle 3 sur # 69 A-91 | 0000000 | danielperez410@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 77505736 | 28/04/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-04 | 2026-04 | I | \$1,894,999 | \$587.900 | |

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 | 236.900 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 236.900 | 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 | 303.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 303.200 | 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 | 9.900 | | | | 9.900 | 0 | 0 | 9.900 | | | 99 | 9.900 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | | |
|---------------|-------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|--|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados | |
| CCF22 | Colsubsidio | 860007336-1 | 37.900 | 0 | 0 | 37.900 | 1 | |

| 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 | 236.900 | 236.900 |
| Pensión | 1 | 303.200 | 303.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 9.900 | 9.900 |
| CCF | 1 | 37.900 | 37.900 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 587.900 | 587.900 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|--------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1013633923 | DANIEL ALEJANDRO PEREZ CORTES | | calle 3 sur # 69 A-91 | 0000000 | danielperez410@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 77505736 | 28/04/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-04 | 2026-04 | I | \$1,894,999 | \$587.900 | |

| DETALLE POR COTIZANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------|--|--|-----------------------|----------|------------|-----------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|----|---------|-----|-----|-----|-----|-------|------------|-----------|-------------------|---------|------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|---------|---------|------------------------|-----------|---------|------|-----------------|------------|------------|---------|--------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | | | Cotizante | Subleigo | Extranjero | Colom. anterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TDE | TDP | TAP | VP | SN | ICE | LMA | VAC | APP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 1013633923 | PEREZ CORTES DANIEL ALEJANDRO | | | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.894.999 | 30 | 303.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.894.999 | 30 | 236.900 | 14-23 | 1.894.999 | 30 | 1 | 9.900 | CCF22 | 1.894.999 | 30 | 37.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

PAGADA



Dr. EDGARDO MERCADO PRESTON

MÉDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL

RESOLUCIÓN N°: 906-2021

Calle 26 a sur 20-27 BARRIO OLAYA /Teléf. CM: 6013672990 NIT: 10474460

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL EN ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR



PRE-OCUPACIONAL INGRESO

OCUPACIONAL PERIÓDICO

POST OCUPACIONAL O EGRESO

BOGOTÁ.DC. MARZO 5 DE 2024 CONVENIO: SENA CARGO: INSTRUCTOR SEXO: M
TRABAJADOR: DANIEL ALEJANDRO PEREZ CORTES DOCUMENTO: 1.013.633.923 EDAD: 31 AÑOS

EXAMEN REALIZADO: OCUPACIONAL DE INGRESO Y DE APTITUD FISICA PARA TRABAJAR.

FINALIDAD DEL EXAMEN: ESTABLECER EL ESTADO DE SALUD DE ACUERDO CON LOS FACTORES DE RIESGO A LOS CUALES ESTARA EXPUESTO.
SEDE / ORDEN: 00110

RESULTADO DE EXAMENES PARACLÍNICOS

| | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--------|-------------------|--------|------|----------|-----|-----|------------|------|-----|
| 1. AUDIOMETRÍA (ESCALA DE LARSEN) | NORMAL | PERFIL LIPIDICO | NORMAL | | | | | | | |
| 2. ESPIROMETRÍA (KNUDSON) | NORMAL | CARDIOVASCULAR | NORMAL | | | | | | | |
| 3. OPTOMETRÍA (OPTEC-2000) | NORMAL | HEMOCLASIFICACION | O+ | | | | | | | |
| 4. GLICEMIA | NORMAL | OSTEOMUSCULAR | NORMAL | | | | | | | |
| F/ R 24Xmin | F/C | 87 min | PESO | 70 K | ESTATURA | 177 | T/A | 110/90mmHg | SpO2 | 97% |

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

| ALTERACIÓN | CONDICIONES O INTERVENCIONES PARA LIMITAR EL DAÑO | TEMPORAL | PERMANENTE |
|-------------|---|----------|------------|
| 1. VISUAL | NINGUNA | | |
| 2. CARDV | NINGUNA | | |
| 3. AUDITIVO | NINGUNA | | |

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| | |
|---|---|
| 1. APTO PARA TRABAJAR SIN RESTRICCIONES | X |
| 2. APTO CON RESTRICCIONES | |
| 3. NO APTO | |
| 4. APLAZADO | |

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

- USO DE GAFAS DE PROTECCION DURANTE LA JORNADA LABORAL
- SEGUIR LAS RECOMENDACIONES ERICTAS DE MEDICINA OCUPACIONAL
- HACER PERIÓDICAMENTE LOS EXÁMENES DE VALORACION

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He comprendido el propósito, beneficios, interpretación y riesgos del examen médico que me van a practicar, garantizo que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Autorizo para que den a conocer por cualquier medio la información registrada a la persona o entidad, contemplada en la legislación actual vigente. Hago constar con mi firma, que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CONFIDENCIALIDAD

El presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante

| | | |
|--|---------------------------|---------------------------|
| Dr. EDGARDO MERCADO PRESTON MÉDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL RESOLUCIÓN N°: 906-2021 <i>Dr. Edgardo Mercado Preston</i> Especialista en Salud Ocupacional Resolución No. 906-2021 <i>Edgardo Mercado Preston</i> Dr. Edgardo Mercado Preston | FIRMA DEL TRABAJADOR: | HUELLA INDICE DERECHO |
| | CC: 1013633923 | |

Especialista en Salud Ocupacional
Resolución No. 906-2021



Dr. EDGARDO MERCADO PRESTON

MÉDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL

RESOLUCIÓN N°: 906-2021

CALLE 26 A SUR. 20-27 BARRIO OLAYA /Teléf. CM: 6013672990 NIT: 1047446094-9

**CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y
CARDIOVASCULAR**

NOMBRE: DANIEL ALEJANDRO PEREZ CORTES C.C. 1.013.633.923

EDAD: 31 AÑOS CARGO: INSTRUTOR RH: O+ FECHA: MARZO 5 -2024.

EXAMEN PSICOMETRICO:

Paciente consciente y orientado en tiempo y espacio, buena atención, sigue indicaciones.

Adecuada presentación personal.

En el plano intelectual dentro de parámetros normales

PSICODIAGNOSTICO:

Paciente que asiste a sesión de psicometría, presenta comportamiento mental sano, buena coordinación bimanual, conducta y moderación adecuada.

EXAMEN FISICO:

Mucosas: Normal

TCS: No infiltrado.

Aparato Respiratorio: MV- Normal

Aparato Cardiovascular: Normal

Abdomen: Normal

SNC: Sin alteraciones.

- Bajo la Circular 001 del 11 de abril del 2020 y la Circular Nro. 030 del 8 de Mayo del 2020 del Ministerio de Salud, el Suscrito médico certifica:

- **1. APTO PARA DESEMPEÑAR SU CARGO** **SI (X)** **NO ()**

| | | |
|---|---|------------------------------|
| <p>Dr. EDGARDO MERCADO PRESTON MÉDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL RESOLUCIÓN N°: 906-2021 <i>Dr. Edgardo Mercado Preston</i> Especialista en Salud Ocupacional Resolución No. 906-2021 <i>Edgardo Mercado Preston</i> Dr. Edgardo Mercado Preston Especialista en Salud Ocupacional Resolución No. 906-2021</p> | <p>FIRMA DEL TRABAJADOR:</p> <p><i>Daniel Perez</i></p> | <p>HUELLA INDICE DERECHO</p> |
| | <p>C.C:</p> <p>1013633923</p> | |