SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL GUAVIARE
CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTR, TURISTICO Y TECNOLOG DEL GUAVIARE- SERVCIOS PRE
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resolución DIAN Nº 18764024257695 autoriza desde 360,001 hasta 750,000 (Enero 18 de 2022)

Código Regional	95
Código Centro	953310
Fecha Elaboración	Diciembre de 2022
Versión	MAYO 2022 - 2,22
ID de Proceso	62348-582920
No. de documento	633021

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	XIOMARA MORENO PERDOMO	**C.C.**	1.018.415.870	**IP/Nº de contacto**	85321
Correo electrónico contratista:	xmoreno@misena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores NO **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 82818745202

Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? NO **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2022 supera los $ 125'413.200** NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 3424036/2022 **Nº Compromiso SIIF** 7222

Valor Total del Contrato	$ 43.560.227	N ° Pago	Periodo objeto de pago			Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 10.580.875	9	Del	01/12/2022	Al 17/12/2022	$ 2.336.037,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 8.244.838		Legalización comisiones del periodo		$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PARA ORIENTAR FORMACIÓN TITULADA VIRTUAL EN EL ÁREA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y COMERCIO Y VENTAS-MERCADEO, QUE IMPARTE EL CDATTG, EN GUAVIARE Y SUR META. RADICADO NO.95-9-2022-000198.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.336.037	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
		- Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.336.037**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.538.278**	**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	----------	63639438
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.000.000	$ 1.648.968
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 125.000	$ 206.200
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 160.000	$ 263.900
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL	$ 5.300	$ 8.700
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.800.400	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.216.128	$ -	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 512.759	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.538.278,00	TARIFA
63 Valor Base retención en la fuente ICA	2.051.037,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-universidad Nacional y demás Uni	11.680,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
- Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 2.324.357,00**	

SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS VEINTICUATRO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

2341376Tecnólogo Gestión de Empresas Agropecuaria
2428713Técnico servicios farmacéuticos
otrosProyecto sennova: Incidencia de los factores higiénicos y motivacionales de Herzberg en el clima organizacional del cuerpo de in
OtrosDiseño de actividades de aprendizaje: talleres, pruebas de conocimiento, guías, instrumentos de evaluación, alimentación portal

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 diligenciados.

XIOMARA MORENO P.
XIOMARA MORENO PERDOMO
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 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.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

NANCY GIANNINI VELASCO CARVAJAL
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

JUDY ANDREA ESCOBAR AMADO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

Powered by CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1018415870	XIOMARA MORENO PERDOMO	Carrera 26 n 22 16	5840010	xiomara20101@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		GUAVIARE	SAN JOSÉ DEL GUAVIARE		NO

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	
2022-11	2022-11	I	01/12/2022	63639438	$485.400	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	209.000	0		0		0	0	0	0	209.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	267.600	0	0	0	0	0	0		267.600	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	8.800				8.800	0	0	8.800			88	8.800	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	209.000	209.000
Pensión	1	267.600	267.600
Riesgos Laborales	1	8.800	8.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	485.400	485.400

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1018415870	XIOMARA MORENO PERDOMO		Carrera 26 n 22 16	5840010	xiomara20101@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			GUAVIARE	SAN JOSÉ DEL GUAVIARE	

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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-11	2022-11	I	01/12/2022	63639438	$485.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1018415870	MORENO PERDOMO XIOMARA	59	0			N																	230301	1.672.000	267.600	0	0	0	0	EPS037	1.672.000	209.000	14-23	1.672.000	1	8.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1018415870	XIOMARA MORENO PERDOMO	Carrera 26 n 22 16	5840010	xiomara20101@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		GUAVIARE	SAN JOSÉ DEL GUAVIARE		NO

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	
2022-12	2022-12	I	01/12/2022	63659491	$485.400	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	209.000	0		0		0	0	0	0	209.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	267.600	0	0	0	0	0	0		267.600	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	8.800				8.800	0	0	8.800			88	8.800	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	209.000	209.000
Pensión	1	267.600	267.600
Riesgos Laborales	1	8.800	8.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	485.400	485.400

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1018415870	XIOMARA MORENO PERDOMO		Carrera 26 n 22 16	5840010	xiomara20101@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			GUAVIARE	SAN JOSÉ DEL GUAVIARE		NO

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	
2022-12	2022-12	I	01/12/2022	63659491	$485.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornudo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1018415870	MORENO PERDOMO XIOMARA	59	0			N																	230301	1.672.000	267.600	0	0	0	0	EPS037	1.672.000	209.000	14-23	1.672.000	1	8.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **XIOMARA MORENO PERDOMO**, identificada con **CC** número **1018415870**, aportó por el empleado **XIOMARA MORENO PERDOMO** identificado(a) con **CC** número **1018415870** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 11 - 2022 y 12 - 2022 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	59															0		30	$1,672,000	0.12500	$209,000	$0	$0	Noviembre - 2022	63639438	01/12/2022	NO
230301	Porvenir	59															0		30	$1,672,000	0.16000	$267,600	$0	$0	Noviembre - 2022	63639438	01/12/2022	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,672,000	0.00522	$8,800	$0	$0	Noviembre - 2022	63639438	01/12/2022	NO
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	59															0		30	$1,672,000	0.12500	$209,000	$0	$0	Diciembre - 2022	63659491	01/12/2022	NO
230301	Porvenir	59															0		30	$1,672,000	0.16000	$267,600	$0	$0	Diciembre - 2022	63659491	01/12/2022	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,672,000	0.00522	$8,800	$0	$0	Diciembre - 2022	63659491	01/12/2022	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **1** días del mes **Diciembre**de **2022**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San José del Guaviare, 06 de diciembre de 2022

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:

T.I.	**1029801219**	**FELIPE VALENCIA MORENO**	***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,

XIOMARA MORENO P.

FIRMA
XIOMARA MORENO PERDOMO
C.C.1.018.415.870 de Bogotá

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

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

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 31675175-4

60576234

NUIP 1029801219

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60576234

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registradur	Notaria	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de	Código	A	F	L
X									

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - GUAVIARE - SAN JOSE DEL GUAVIARE SAN JOSE DEL G-H SAN JOSE DEL GUAVIARE ****

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VALENCIA **********	MORENO **********

Nombre(s)

FELIPE **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes AGO Día 02	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - GUAVIARE - SAN JOSE DEL GUAVIARE **********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO **********	22081010019170 ******

Datos de 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

MORENO PERDOMO XIOMARA **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1018415870 **********	COLOMBIA ********

Datos de padre o madre (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

VALENCIA HERNANDEZ DANIEL FELIPE **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1120580181 **********	COLOMBIA ********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VALENCIA HERNANDEZ DANIEL FELIPE **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1120580181 **********	

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 2022 Mes AGO Día 03	LUZ ELENA DIAZ CAMPOS Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	LUZ ELENA DIAZ CAMPOS Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:FOLIO 13;03/08/2022

NÚMERO DE PREPARACIÓN 110398522

Escaneado con CamScanner

	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) identificado(a) con CC. 1018415870 tiene los siguientes bienes a cargo:

Listado de inventarios:

Regional	Centro	Modulo	Placa	Valor

CANTIDAD DE BIENES A CARGO: 0
VALOR TOTAL: $0,00

El cuentadante adicionalmente se encuentra asociado a los siguientes Nits múltiples:

.- 95330000074

CANTIDAD DE BIENES COMO CUENTADANTE MÚLTIPLE: 0
VALOR TOTAL: $0,00

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.

Fecha de emisión del reporte: 6 de Diciembre de 2022 a las 13:00:35

Vo.bo
6-12-2022
3:03 pm
Sergio Botero

Powered by CamScanner

	Versión: 01 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 ALMANECE E INVENTARIOS		ENTREGÓ	
		SI	NO
Equipo de computo con sus accesorios (impresora y escaner)			2.A
Equipos de comunicación (fijos y moviles)			2.A
Mobiliario (Sillas, escritorior, archivadores, locker, decansa pies, base para computador, tablero, entre otros)			2.A
Utiles y accesorios de escritorio (cosedora, perforadora, USB devolutiva)			2.A
Equipo de video conferencia: video beam, televisores o monitores (con sus accesorios)			N.A
Demás elementos que le hayan sido entregados para el desempeño de sus funciones			N.A
Apertura cuentas de responsabilidad por faltantes			N.A
Cuenta de Responsabilidad Número			/
Fecha:			/

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.

Vobo
6-12-2022
3:16 PM
Sergio Botero

Powered by CamScanner

SENA	Versión: 04
	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: XIOMARA MORENO PERDOMO						**IDENTIFICACIÓN**
CIUDAD	SAN JOSE DEL GUAVAIRE	**FECHA**	**19 de diciembre de 2022**	**REGIONAL**	**GUAVIARE**	**1.018.415.870**
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:			**SEDE MODELO**			
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:	**No CO1.PCCNTR.3424036 DE 2022**					

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		**Edwin Enrique Buchely Moreno**	
ADMINISTRACION EDUCATIVA SOFIAPLUS (Complementaria)		**Jenny Catherine Rodriguez Almanza**	Jenny Rodriguez
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación)		**Nancy Giannini Velasco Carvajal**	
ALMACÉN E INVENTARIOS		**Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx y anexar al formato**	
CONTABILIDAD		**Claudia Marcela Gaviria Pabón**	
TESORERIA		**Yeimy Conejo Cuan**	
COORDINACION TALENTO HUMANO (Entrega de elementos Brigadistas)		**Juan Carlos Castillo**	
COORDINACIÓN ACADEMICA		**Nancy Giannini Velasco Carvajal**	
BIBLIOTECA		**Lina Marcela Patiño Morales**	
ETAPAS PRODUCTIVAS		**Margarita Cruz Rodriguez**	Margarita Cruz R.
SUPERVISOR DE CONTRATO		**Nancy Giannini Velasco Carvajal**	

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS : _____

XIOMARA MORENO P.

Firma del Contratista