SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL VALLE**
**CENTRO DE ELECTRICIDAD Y AUTOMATIZACION INDUSTRIAL -CEAI- VALLE- SERVICIOS PRESTADOS**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **76** |
| **Código Centro** | **922710** |
| **Fecha Elaboración** | **Junio de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **75822-152035** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | JHON MICHEL MOLANO MUÑOZ | **C.C.** | 16.379.596 | **IP/Nº de contacto** | 3132448319 |
| **Correo electrónico contratista:** | e1eku9m7@duck.com | | | | |

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

**Banco al cual consignar:** BANCO BBVA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

**Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 0274191626

**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA)** NO

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

**Nº del contrato:** 4489130/2023 **Nº Compromiso SIIF** **11523**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 19.528.223 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 4.096.830 | **5** | **Del** | **01/06/2023** | **Al** | **30/06/2023** | **$ 4.096.830,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 0 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL PARA APOYAR LA ORIENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTOS A LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN REGULAR, COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL, ASÍ COMO LAS DEMÁS ACTIVIDADES ENCOMENDADAS Y CO

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.096.830 | | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | 3,13% |
| | | | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 150.951 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 4.096.830 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 8.193.660** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 4.823.621** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 150.951** |

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

| | Junio | Mayo |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **7881287546** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.638.732 | $ 1.638.732 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 204.900 | $ 204.900 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 262.200 | $ 262.200 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 8.600 | $ 8.600 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 2.048.415 | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466 | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200 | $ - | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 262.200 | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 204.900 | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 8.600 | |
| Dependientes hasta $ 1.357.184 | $ 819.366 | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 1.607.874 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | TARIFA |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 4.823.621,00 | |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 0,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 150.951,00 | 3,13% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 | 0,00 | 0,000% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Pro-UCEVA | 20.484,00 | 0,500% |
| Universidad del Pacífico | 20.484,00 | 0,500% |
| 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** | **$3.904.911,00** | |

**SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS CUATRO MIL NOVECIENTOS ONCE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartí formación de acuerdo a la programación académica y al horario definido en SAF de manera presencial a los aprendices del programa Gestión de Redes de Datos, grupos GRD40 (Ficha 2452999), GRD41 (Ficha 2453007), GRD44 (Ficha 2561652), GRD45 (Ficha 2620108) e Implementación de Infraestructuras de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, grupos IITIC2 (Ficha 2520731), IITIC6 (Ficha 2560773) e IITIC4 (Ficha 2560791).

**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.

**JHON MICHEL MOLANO MUÑOZ**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

**LINA MARCELA PERLAZA AGUIÑO**
**PROFESIONAL G02**

**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**

**JAIME DIEGO ARIAS FIGUEROA**

**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 16379596 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JHON MICHEL MOLANO MUNOZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | CALI | DEPARTAMENTO: | VALLE |
| DIRECCIÓN: | CALLE 59#12B-04 | TELÉFONO: | 4431433 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Educación media técnica y de formación laboral. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **7881287546** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | mayo AÑO 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | mayo AÑO 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2023/06/07 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 2124886409 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 262.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 262.200 | $ 0 | $ 262.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 262.200** | **$ 0** | **$ 262.200** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS012 | EPS012-COMFENALCO VALLE | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 204.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 204.900 | $ 0 | $ 0 | $ 204.900 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 204.900** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 204.900** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 8.600 | $ 8.600 | $ 0 | $ 0 | $ 8.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 8.600** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 8.600** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 16379596 | MOLANO MUÑOZ JHON MICHEL | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.638.732 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.638.732 | $ 262.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 262.200 | EPS012-COMFENALCO VALLE | 30 | $ 1.638.732 | $ 204.900 | $ 0 | $ 204.900 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.638.732 | 16379596 | $ 8.600 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 475.700** |

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

Cali, 21 de junio de 2023

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.** | **1232791167** | **MANUEL MOLANO TUMBAJOY** | **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: JHON MICHEL MOLANO MUÑOZ
C.C. _16379596 de Cali

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

NUIP 1.232.791.167

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55424727

*55424727*

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 019 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código T 2 Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
NOTARIA 9 CALI - COLOMBIA - VALLE - CALI

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| MOLANO | TUMBAJOY |

Nombre(s)
MANUEL

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2015 Mes ENE Día 20 | MASCULINO | B | POSITIVO |

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

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 12549071-6 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos
TUMBAJOY CARLOSAMA CRISTINA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.144.048.178 | COLOMBIA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos
MOLANO MUÑOZ JHON MICHEL

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 16.379.596 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos
MOLANO MUÑOZ JHON MICHEL

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 16.379.596 | |

**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 2015 Mes ENE Día 26 | MIRYAN PATRICIA BARONA MUÑOZ - NO<br>NOTARIA Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| 16.379.596<br>Firma | Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

26.ENE.2015 - LIBRO DE VARIOS - FOLIO 293 TOMO 118/2014-15.

Miryan Patricia Barona
NOTARIA NOVENA DE CALI

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

LA SUSCRITA NOTARIA NOVENA DEL CIRCULO DE CALI, CERTIFICA QUE: EL PRESENTE REGISTRO ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA NOTARIA Y SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA:
DILIGENCIAR PASAPORTE

23 SEP 2016

ARTICULO 115, DECRETO 1260 DE 1970

José Alberto Naranjo Buitrago
NOTARIO NOVENO ENCARGADO

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA NOVENA
CALI
VALLE DEL CAUCA

| | |
|---|---|
| | 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: JHON MICHEL MOLANO MUÑOZ** | | | | | | **IDENTIFICACIÓN** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **CIUDAD** | Santiago de Cali | **FECHA** | *Junio de 2023* | **REGIONAL** | Valle | *16,379,596* |
| **DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:** | | Calle 52 No. 2 Bis 15 SENA, Complejo Salomia. | | | | |
| **NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:** | | *CO1.PCCNTR.4489130 del 26 de Enero de 2023.* | | | | |

**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 | | | |
| ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS | X | **Angela Patricia Agualimpia Ceballos <apagualimpia@sena.edu.co>** | |
| ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL | X | **Ramiro Ramirez Hernandez <rramirezh@sena.edu.co>** | Firmado digitalmente por RAMIRO RAMIREZ HERNANDEZ Fecha: 2023.06.13 09:53:16 -05'00' |
| ALMACÉN E INVENTARIOS | X | **Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo** | |
| SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación) | X | **Emir Eduardo Aguilon Villaquiran <eaguilon@sena.edu.co>** | |
| CONTABILIDAD | | | |
| TESORERIA | | | |
| COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA | X | **Juan Gonzalo Alvarez Diaz <jgalvarez@sena.edu.co>** | Juan Gonzalo Alvarez diaz Firmado digitalmente por Juan Gonzalo Alvarez diaz Fecha: 2023.06.13 13:23:18 -05'00' |
| BIBLIOTECA | X | **Katherinne Valencia Osorio <kvalencia@sena.edu.co>** | |
| OTRO: INVENTARIO TELEFONICA | X | **Ramiro Ramirez Hernandez <rramirezh@sena.edu.co>** | Firmado digitalmente por RAMIRO RAMIREZ HERNANDEZ Fecha: 2023.06.13 09:53:34 -05'00' |
| OTRO | | | |
| SUPERVISOR DE CONTRATO | X | **Lina Marcela Perlaza Aguiño <lperlazaa@sena.edu.co>** | |

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

OTROS : _____

Jhon molano

Firma del Contratista

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el Sr(a) JHON MICHEL MOLANO MUÑOZ identificado(a) con CC. 16379596 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 7 de Junio de 2023 a las 18:50:29

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.