SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO NACIONAL DE HOTELERÍA, TURISMO Y ALIMENTOS- BTÁ D.C.

Código Regional	**11**
Código Centro	**940610**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**98074-379037**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	AIDEE TORRES GIL	**C.C.**	39.759.365	**IP/Nº de contacto**	15510
Correo electrónico contratista:	atorresgil@sena.edu.co				

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

Banco al cual consignar: DAVIVIENDA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 0570006180275049

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: 5014575/2023 **Nº Compromiso SIIF** 49023

Valor Total del Contrato	$ 20.311.200	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 2.083.200	**6**	**Del**	**01/12/2023**	**Al**	**16/12/2023**	**$ 2.083.200,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

11_9406_478_Contratar la prestación de servicios personales para impartir formación profesional integral de carácter temporal en periodos fijos de instructor de forma titulada y/o complementaria presencial y virtual para desarrollar actividades encaminadas al proceso de enseñanza, aprendizaje y evaluación basados en competencias laborales por proyectos en los diferentes niveles de

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.083.200		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	**$ 2.083.200**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.149.060**		**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	----------	**7901788582**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 1.562.400
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 195.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600	$ 250.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 12.200	$ 16.400
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 520.800	$ -	
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	$ -	
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 $ 1.357.184	$ 208.320	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 383.020	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

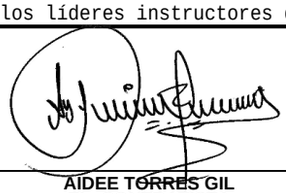
Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.149.060,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.752.600,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	16.930,00	0,966%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	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	**$2.066.270,00**	

SON: DOS MILLONES SESENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orienté proceso formativo de las fichas 2713334 (3°), 2752842 COMPASS GROUP (3°), 2713322 (3°), 2751713 KFC (3°) y 2752854 FRISBY (3°) del programa Técnico en Cocina en la competencia de Emprendimiento
Realicé sustentación de los proyectos de Juan Sebastián Cubillos de la Vega y Luz Aida Castro Prada
Subí juicios evaluativos de las fichas asignadas en el cuarto trimestre de 2023
Orienté el proyecto productivo de los siguientes aprendices: DAYNER TAPIAS MUÑETON, JOSÉ RICARDO CARVAJAL MAZORRA, HAYAO ODA, SANDRA LILIANA ZAPATA ROLDAN, SERGIO ALEJANDRO ZARATE TORRES, DORIS SÁNCHEZ LADINO, MAYRA TATIANA GONZALEZ PULIDO y CLAUDIA MARCELA OSPINA BERMUDEZ (INICIO).
Participé en las reuniones programadas por la Coordinación Académica de Alimentos y Bebidas.
Participé en las reuniones de los equipos ejecutores de las fichas asignadas, programadas por los líderes instructores de ficha.

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.



AIDEE TORRES GIL
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,

CARLOS JAVIER GONZALEZ NAVARRETE
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

SONIA YAMILE ACUNA LESMES

SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	39759365
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			AIDEE TORRES GIL
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 55 76 55 AP 417 ANILLO 16 IN 9	TELÉFONO:	2945366
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7901788582**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/11/28	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		303098795

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 250.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 250.100	$ 0	$ 250.100
SUBTOTALES:										**$ 250.100**	**$ 0**	**$ 250.100**

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
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 195.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 195.400	$ 0	$ 0	$ 195.400
SUBTOTALES:													**$ 195.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 195.400**

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	$ 16.400	$ 16.400	$ 0	$ 0	$ 16.400
SUBTOTALES:									**$ 16.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 16.400**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 9.400	$ 0	$ 9.400
SUBTOTALES:			**$ 9.400**	**$ 0**	**$ 9.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																									PENSIÓN								SALUD						ARP															
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																								
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	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	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		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																																																			ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 39759365	TORRES GIL AIDEE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.563.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.563.000	$ 250.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 250.100	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.563.000	$ 195.400	$ 0	$ 195.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.563.000	39759365	$ 16.400	30	$ 1.563.000	CCF24-COMPENSAR	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 471.300**

Aidee Torres Gil <aydtorres@misena.edu.co>

PSE Transacción Aprobada - CUS 303098795

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 28 de noviembre de 2023, 10:21 p.m.
Para: aydtorres@misena.edu.co



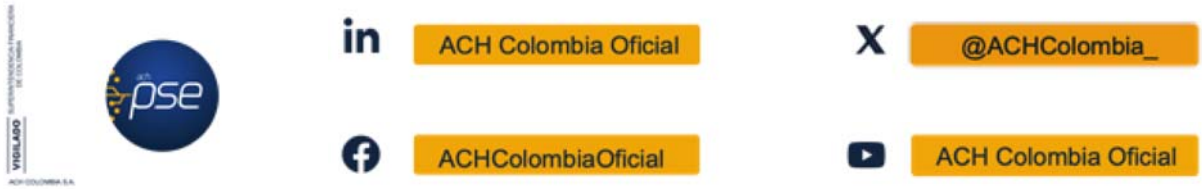
¡Hola, AIDEÉ TORRES GIL!

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 303098795
Empresa: SOI ACH
Descripción: Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales
Valor de la Transacción: $ 471.300
Fecha de Transacción: 28/11/2023

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frencuentemente.


ACH Colombia Oficial
@ACHColombia_
ACHColombiaOficial
ACH Colombia Oficial

PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de bridar 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

Bogotá, **16 de diciembre 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.	**1.023.164.450**	**Karen Andrea Ramírez Torres**	**HIJO**
T.I.	**1.145.928.122**	**Kristel Ariana Ramírez Torres**	**HIJO**

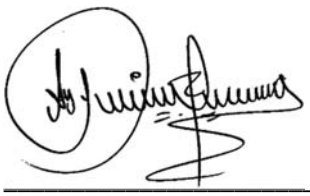
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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
AIDEÉ TORRES GIL
C.C. 39.759.365 de Bogotá

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

NUIP 1023164450

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35713169

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 20 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 7 D

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMIREZ	TORRES

Nombre(s)

KAREN ANDREA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2007 Mes ABR Día 09	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	A7938444

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

TORRES GIL AIDEE

Documento de identificacón (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 39,759,365 de FONTIBON (BOGOTA D.E.)	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

RAMIREZ CASTELLANOS ROGERS AUGUSTO

Documento de Identificacón (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 7,307,705 de CHIQUINQUIRA (BOY.)	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RAMIREZ CASTELLANOS ROGERS AUGUSTO

Documento de identificacón (Clase y número)	Firma
C.C. No. 7,307,705 de CHIQUINQUIRA (BOY.)	X

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 2007 Mes ABR Día 18	REPUBLICA DE COLOMBIA NOTARIA VEINTE (E) NOTARIA VEINTIUNA MARIA EUGENIA GUEVARA ORJUELA

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA. SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTICULOS 115 DEL DECRETO 1260 DE 1970 Y 1°. DEL DECRETO 278 DE 1972 ESTE REGISTRO EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS DIECIOCHO (18) DIAS DEL MES DE ABRIL DE DOS MIL SIETE (2.007).

NOTARIA VEINTIUNA DEL CIRCULO DE BOGOTA
ALVARO CASTRO BERNAL
SECRETARIO DELEGADO
DECRETO 1534/89

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1145928122

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50313916

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número 73 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** D V C

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA -- CUNDINAMARCA -- BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMIREZ	TORRES

Nombre(s)
KRISTEL ARIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012 Mes SEP Día 13	FEMENINO	O	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	11661362-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
TORRES GIL AIDEE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 39759365 de BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
RAMIREZ CASTELLANOS ROGERS AUGUSTO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 7307705 de CHIQUINQUIRA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
RAMIREZ CASTELLANOS ROGERS AUGUSTO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 7307705 de CHIQUINQUIRA	

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 2012 Mes SEP Día 21	HECTOR FABIO [illegible] DIAZ

Nombre y firma

ASSENDA S.A. NIT. 890.321.151-0 100242251

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

	Versión: 05
	Código: GTH- F- 074

Proceso Gestión de Talento Humano

Formato Entrega de Bienes e Información de Ejecución Contractual por el Contratista

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: AIDEÉ TORRES GIL						**IDENTIFICACIÓN**
CIUDAD	Bogotá, D.C.	**FECHA**	dic-23	**REGIONAL**	Distrito Capital	**39.759.365**
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:		Centro Nacional de Hoteleria, Turismo y Alimentos				
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:		CO1.PCCNTR.5014575 DEL 29 DE MAYO 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**
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.**	
BIBLIOTECA	X	**MILENA GONZALEZ**	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA	X	**CARLOS JAVIER GONZÁLEZ NAVARRETE**	
SUPERVISOR DE CONTRATO	X	**CARLOS JAVIER GONZÁLEZ NAVARRETE**	
GESTION DE TIC	X	**MARIA DEL ROSARIO AMORTEGUI**	
ADMINISTRACION DE DOCUMENTOS	X	**MARIA CAMILA MENDOZA CAMARGO**	
OFICCE	X	**SANDRA MARIA MENDEZ LASSO**	OFFICE COMPLE
CONTABILIDAD	X	**DERLY ANGELICA ALVARADO**	05/12/23

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

OTROS : _____

Firma del Contratista

SENA	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) TORRES GIL AIDEE identificado(a) con CC. 39759365 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 5 de Diciembre de 2023 a las 06:56:59

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilizació Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial l establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligacione generales de los Contratos de Prestación de Servicios.

05/12/23