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 SANTANDER

CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURISTICOS

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**68**
Código Centro	**930910**
Fecha Elaboración	**22 Noviembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**73701-119956**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CESAR AUGUSTO MANCILLA CASTRO	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	91.542.767	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	cmancilla@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	043400034724
IP/Nº de contacto:	3123573201	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (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:	5783857/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**8524**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACION TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL SEGUN LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CSET. PL 210 DIAS, 700 HORAS VR HORA $38.553

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/11/2024 Al 27/11/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 3.816.747
Número de pago	**11**	**Valor Total del Contrato:**	$ 40.480.650
Valor Bruto Pago:	**$ 3.816.747,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.816.747	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	**$ 3.816.747**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.243.872**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Noviembre	Octubre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9477299473 - 94**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.526.699	$ 1.572.962
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 190.900	$ 196.700
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 244.300	$ 251.700
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 8.000	$ 8.300
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 381.675	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.181.350	$ 748.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 7.237.419		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.243.872,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.381.547,00	
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 - 8523 - BUCARAMANGA.	24.347,00	0,720%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Sobretasa Bomberil	2.435,00	10,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.789.965,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FORMACIÓN TITULADA:

Complementaria Marketing Digital 3119097 - 48 horas del 5 al 27 noviembre 2024

Ficha: 2993105 APOYO EMPRENDIMIENTO - 18 horas DEL 7 al 11 noviembre 2024

Ficha: 2924582 SERVICIO AL CLIENTE - 30 horas DEL 18 al 22 noviembre 2024

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

CESAR AUGUSTO MANCILLA CASTRO
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 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,

DORIS JUDITH VARGAS VILLAMIL
INSTRUCTOR G20

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
WILSON BASTOS DELGADO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

21/11/24 12:19:12 USUARIO: SIC - C.C. 91542767

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 91542767		MANCILLA CASTRO CESAR AUGUSTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 08 N 64 22 CS 59	BUCARAMANGA-SANTANDER	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1061252112	9477477818	I	2024/12/16	2024/11/19	NEQUI	0	$443,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,526,699	$244,300			$1,526,699	$190,900			$0	$0			$1,526,699	$8,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,526,699	$244,300			$1,526,699	$190,900			$0	$0			$1,526,699	$8,000		$0	$0
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					$1,526,699	$244,300			$1,526,699	$190,900			$0	$0			$1,526,699	$8,000		$0	$0
1	CC 91542767	MANCILLA CESAR	230301	30	$1,526,699	$244,300	EPS005	30	$1,526,699	$190,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,526,699	$8,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,526,699	$244,300			$1,526,699	$190,900			$0	$0			$1,526,699	$8,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 91542767		MANCILLA CASTRO CESAR AUGUSTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 08 N 64 22 CS 59	BUCARAMANGA-SANTANDER	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1061252112	9477477818	I	2024/12/16	2024/11/19	NEQUI	0	$443,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$244,300	$0	$0	$244,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$244,300	$0	$0	$244,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,000	$0	$0	$8,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,000	$0	$0	$8,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$190,900	$0	$0	$190,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$190,900	$0	$0	$190,900
TOTAL				1	$443,200	$0	$0	$443,200

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 91542767		MANCILLA CASTRO CESAR AUGUSTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 08 N 64 22 CS 59	BUCARAMANGA-SANTANDER	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1052743776	9477299473	I	2024/11/19	2024/11/15	NEQUI	0	$456,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,572,962	$251,700			$1,572,962	$196,700			$0	$0			$1,572,962	$8,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,572,962	$251,700			$1,572,962	$196,700			$0	$0			$1,572,962	$8,300		$0	$0
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					$1,572,962	$251,700			$1,572,962	$196,700			$0	$0			$1,572,962	$8,300		$0	$0
1	CC	91542767	MANCILLA CESAR	230301	30	$1,572,962	$251,700	EPS005	30	$1,572,962	$196,700		0	$0	$0	14-23	30	$1,572,962	$8,300	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,572,962	$251,700			$1,572,962	$196,700			$0	$0			$1,572,962	$8,300		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 91542767		MANCILLA CASTRO CESAR AUGUSTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 08 N 64 22 CS 59	BUCARAMANGA-SANTANDER	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1052743776	9477299473	I	2024/11/19	2024/11/15	NEQUI	0	$456,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$251,700	$0	$0	$251,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$251,700	$0	$0	$251,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,300	$0	$0	$8,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,300	$0	$0	$8,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$196,700	$0	$0	$196,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$196,700	$0	$0	$196,700
TOTAL				1	$456,700	$0	$0	$456,700

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BUCARAMANGA, 24 de Enero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
BUCARAMANGA

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:

TI	1146335737	Isabel Cristina Mancilla Valle	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,

CESAR AUGUSTO MANCILLA CASTRO
C.C. 91542767

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BUCARAMANGA, 24 de Enero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
BUCARAMANGA

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	1146338024	Salomé Mancilla Valle	Hijo(a)

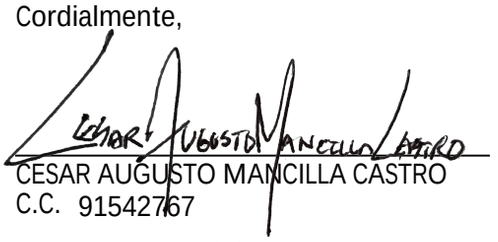
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



CESAR AUGUSTO MANCILLA CASTRO
C.C. 91542767

SENA

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1146338024

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59453048

- 59453048 -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria	Notaria	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	X	11	☐	☐	☐	DVE

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA ********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MANCILLA **********	VALLE **********

Nombre(s)

SALOMÉ **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes AGO Día 02	FEMENINO	"B"	POSITIVO

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO **********	15109396-1

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

VALLE CANTILLO SANDRA MILENA **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 37513512 BUCARAMANGA **********	COLOMBIANA

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

MANCILLA CASTRO CESAR AUGUSTO **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 91542767 BUCARAMANGA **********	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MANCILLA CASTRO CESAR AUGUSTO **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 91542767 BUCARAMANGA **********	CESAR AUGUSTO MANCILLA

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 2019 Mes AGO Día 06	LUZ YANETH ROJAS PORTILLA Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

OFIXPRES

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

NOTARIA ONCE DE BUCARAMANGA - SANTANDER
ARTS. 115 DCTO. LEY 960 DE 1970 Y 1° DCTO. 278 DE 1972
ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL

SERIAL No. 59453048 AÑO. 2019
A SOLICITUD DE: Cesar Augusto Mancilla Castro.
C.C. 91542767 de Blmanga
VALIDO PARA: Seguridad social
ESTE REGISTRO CIVIL.. TIENE VALIDEZ PERMANENTE
FIRMA: Cesar Augusto Mancilla
PARENTESCO: Padre
BUCARAMANGA - SANTANDER

NOTARIA ONCE DEL CIRCULO DE BUCARAMANGA

Luz Yaneth Rojas Portilla
Notaria Once del Circulo de
Bucaramanga Santander

NOTARIA ONCE DEL CIRCULO DE BUCARAMANGA SANTANDER

06 AGO 2019

ESTA COPIA SOLO ES VALIDA PARA EL FIN SEÑALADO EN LA SOLICITUD DE EXPEDICIÓN.

DE BUCARAMANGA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1146335737

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52627915

52627915

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 11 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código DVE

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA ********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MANCILLA **********	VALLE **********

Nombre(s)

ISABEL CRISTINA **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012 Mes JUN Día 23	FEMENINO	"O"	POSITIVO

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO **********	11333249-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

VALLE CANTILLO SANDRA MILENA **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 37513512 BUCARAMANGA **********	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MANCILLA CASTRO CESAR AUGUSTO **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 91542767 BUCARAMANGA **********	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MANCILLA CASTRO CESAR AUGUSTO **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 91542767 BUCARAMANGA **********	

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 JUN Día 29	LUZ YANETH ROJAS PORTILLA Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

NOTARIA ONCE DE BUCARAMANGA - SANTANDER
ARTS. 115 DCTO. LEY 1260 DE 1970 Y 1º DCTO. 278 DE 1972
ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL
SERIAL No. 52627915 AÑO. 2013
A SOLICITUD DE SANDRA MILENA VALLE CANTILLO
C.C. 37.513.512 DE BUCARAMANGA
VALIDO PARA: DAVISON
ESTE REGISTRO CIVIL TIENE VALIDEZ PERMANENTE
FIRMA:
PARENTESCO: MADRE
BUCARAMANGA - SANTANDER
NOTARIA ONCE DEL CIRCULO DE BUCARAMANGA

07 OCT 2013

Luz Yaneth Rojas Portilla
Notaria Once del Circulo de
Bucaramanga Santander

NOTARIA ONCE DE BUCARAMANGA S/DER. REPUBLICA DE COLOMBIA

ESP
ESP
ICO

	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: CÉSAR AUGUSTO MANCILLA CASTRO						**IDENTIFICACIÓN**
CIUDAD	BUCARAMANGA	**FECHA**	**22-nov-24**	**REGIONAL**	SANTANDER	91.542.767
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:			**Cra 27 # 15-07**			
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:		**5783857 - 24 enero 2024**				

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	**Elkin Javier Mendoza.**	ELKIN JAVIER MENDOZA
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	X	**Myriam Hernández**	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL	X	**Diego Fernando Mera/Laura Mantilla**	DIEGO F. T. CPS
ALMACÉN E INVENTARIOS		**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)			
CONTABILIDAD			
TESORERIA			
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA			
BIBLIOTECA	X	**EDWIN ALBERTO AVENDAÑO ROMERO**	
OTRO			
OTRO			
SUPERVISOR DE CONTRATO	X	**Doris Judith Vargas Villamil/Elmer Fair Santana Rojas**	Doris J. Vargas Villamil

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

OTROS : _____

CÉSAR AUGUSTO M

Firma del Contratista

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el Sr(a) CESAR AUGUSTO MANCILLA CASTRO identificado(a) con CC. 91542767 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 18 de Noviembre de 2024 a las 15:21:46

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.