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 DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940510**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**30651-937312**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ALBA CECILIA GONZALEZ RAMOS	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	52.018.742	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	acgonzalez24@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24091575342
IP/Nº de contacto:	3138929415	**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:	6239196/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**68724**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios profesionales de carácter temporal con autonomía e independencia, para atender los procesos formativos de los aprendices en las competencias transversales asociados a la red de conocimiento Institucional de Integralidad de la

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/12/2024**	**Al**	**17/12/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 2.530.450
Número de pago	**9**			**Valor Total del Contrato:**	$ 35.128.600
Valor Bruto Pago:			**$ 2.530.450,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.530.450	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	**$ 2.530.450**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.615.150**	**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		----------	**82082732**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.300.000	$ 1.786.200
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 162.500	$ 223.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 208.000	$ 285.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL		$ 6.800	$ 9.400
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		$ -	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 27.886.012	$ 538.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 7.390.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.615.150,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.159.950,00	
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 - BOGOTÁ	20.865,00	0,966%
-	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%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$2.509.585,00**	

SON: DOS MILLONES QUINIENTOS NUEVE MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Obligación 1. Se desarrollo la planeación de las fichas asignadas por programación 3065844 (30 Apren., 6 H.)
3065758 (28 Apren., 6 H.) 3065478 (30 Apren., 6 H.) 3065726 (62 Apren., 40 H.) 3202177 (27 apren., 14,90H)
Obligación 7. Se motivo a los Aprendices en su proceso formativo 3065844 (30 Apren., 6 H.)
3065758 (28 Apren., 6 H.) 3065478 (30 Apren., 6 H.) 3065726 (62 Apren., 40 H.) 3202177 (27 apren., 14,90H)
Obligacion 10. Se hizo el seguimiento y control de las fichas asignadas por programacion para la transversal de etica
3065844 (30 Apren., 6 H.) 3065758 (28 Apren., 6 H.) 3065478 (30 Apren., 6 H.) 3065726 (62 Apren., 40 H.)
3202177 (27 apren., 14,90H)

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

ALBA CECILIA GONZALEZ RAMOS
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,

OLGA LUCIA RUIZ FLOREZ
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
ERNESTO ACEVEDO SOTO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

04/12/24 22:34:09 USUARIO: SIC - C.C. 52018742

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	52018742	ALBA CECILIA GONZALEZ RAMOS		AVENIDA CALLE 63 # 75 35 TORRE 8 APTO.	3138929415	albagonza34@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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	
2024-11	2024-11	I	02/12/2024	82082732	$522.400	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	225.000	0		0		0	0	0	0	225.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	288.000	0	0	0	0	0	0		288.000	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	9.400				9.400	0	0	9.400			94	9.400	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	225.000	225.000
Pensión	1	288.000	288.000
Riesgos Laborales	1	9.400	9.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	522.400	522.400

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	52018742	ALBA CECILIA GONZALEZ RAMOS		AVENIDA CALLE 63 # 75 35 TORRE 8 APTO.	3138929415	albagonza34@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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**	
2024-11	2024-11	I	02/12/2024	82082732	$522.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Cotiz. exterior**	**Exonerado**	**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	52018742	GONZALEZ RAMOS ALBA CECILIA	59	0			N																	25-14	1.800.000	288.000	0	0	0	0	EPS017	1.800.000	225.000	14-23	1.800.000	1	9.400		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 **ALBA CECILIA GONZALEZ RAMOS**, identificada con **CC** número **52018742**, aportó por **ALBA CECILIA GONZALEZ RAMOS** identificado(a) con **CC** número **52018742** 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 03 - 2024 y 11 - 2024 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
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59															0		30	$1,300,000	0.16000	$208,000	$0	$0	Marzo - 2024	76497637	25/04/2024	NO
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	59															0		30	$1,300,000	0.12500	$162,500	$0	$0	Marzo - 2024	76497637	25/04/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,300,000	0.00522	$6,800	$0	$0	Marzo - 2024	76497637	25/04/2024	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59															0		30	$1,300,000	0.16000	$208,000	$0	$0	Abril - 2024	76608149	14/05/2024	NO
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	59															0		30	$1,300,000	0.12500	$162,500	$0	$0	Abril - 2024	76608149	14/05/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,300,000	0.00522	$6,800	$0	$0	Abril - 2024	76608149	14/05/2024	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59															0		30	$1,800,000	0.16000	$288,000	$0	$0	Mayo - 2024	77808888	11/06/2024	NO
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	59															0		30	$1,800,000	0.12500	$225,000	$0	$0	Mayo - 2024	77808888	11/06/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,800,000	0.00522	$9,400	$0	$0	Mayo - 2024	77808888	11/06/2024	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59															0		30	$1,800,000	0.16000	$288,000	$0	$0	Junio - 2024	78193288	11/07/2024	NO
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	59															0		30	$1,800,000	0.12500	$225,000	$0	$0	Junio - 2024	78193288	11/07/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,800,000	0.00522	$9,400	$0	$0	Junio - 2024	78193288	11/07/2024	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59															0		30	$1,800,000	0.16000	$288,000	$0	$0	Julio - 2024	78980550	14/08/2024	NO
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	59															0		30	$1,800,000	0.12500	$225,000	$0	$0	Julio - 2024	78980550	14/08/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,800,000	0.00522	$9,400	$0	$0	Julio - 2024	78980550	14/08/2024	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59															0		30	$1,800,000	0.16000	$288,000	$0	$0	Agosto - 2024	79758317	11/09/2024	NO

El presente certificado se expide a los **3** días del mes **Diciembre**de **2024**

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	5 9														0		30	$1,800,000	0.12500	$225,000	$0	$0	Agosto - 2024	79758317	11/09/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	5 9														0		30	$1,800,000	0.00522	$9,400	$0	$0	Agosto - 2024	79758317	11/09/2024	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	5 9														0		30	$1,800,000	0.16000	$288,000	$0	$0	Septiembre - 2024	80507545	17/10/2024	NO
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	5 9														0		30	$1,800,000	0.12500	$225,000	$0	$0	Septiembre - 2024	80507545	17/10/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	5 9														0		30	$1,800,000	0.00522	$9,400	$0	$0	Septiembre - 2024	80507545	17/10/2024	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	5 9														0		30	$1,800,000	0.16000	$288,000	$0	$0	Octubre - 2024	81285962	12/11/2024	NO
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	5 9														0		30	$1,800,000	0.12500	$225,000	$0	$0	Octubre - 2024	81285962	12/11/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	5 9														0		30	$1,800,000	0.00522	$9,400	$0	$0	Octubre - 2024	81285962	12/11/2024	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	5 9														0		30	$1,800,000	0.16000	$288,000	$0	$0	Noviembre - 2024	82082732	02/12/2024	NO
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	5 9														0		30	$1,800,000	0.12500	$225,000	$0	$0	Noviembre - 2024	82082732	02/12/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	5 9														0		30	$1,800,000	0.00522	$9,400	$0	$0	Noviembre - 2024	82082732	02/12/2024	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **3** días del mes **Diciembre** de **2024**

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

SENA	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: ALBA CECILIA GONZALEZ RAMOS						IDENTIFICACIÓN
CIUDAD	BOGOTÁ	FECHA	02 DE noviembre DE 2024	REGIONAL	BOGOTÁ	52018742
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:			CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS CALLE 65 Y SEDE SALITRE			
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:	CO1.PCCNTR.6239196 entre 16/05/2024 y 17/12/2024					

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	Néstor Alfonso Puerto Jiménez	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	X	Olga Lucia Ruiz Florez	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARIA GENERAL		NO APLICA	
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 (Administracion de edificio; Contratación)	X	Jose Guillermo Cardozo	
CONTABILIDAD	X	Carlos Andrés Perea Olave	
TESORERIA	X	Néstor Ávila Alfonso	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA	X	Olga Lucía Ruiz Flórez	
BIBLIOTECA	X	Sindy Geraldine Ortiz Ortiz	Sindy Ortiz Ortiz
OTRO			
OTRO			
SUPERVISOR DE CONTRATO	X	Olga Lucía Ruiz Flórez	

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

OTROS:

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el Sr(a) GONZALEZ RAMOS ALBA CECILIA identificado(a) con CC. 52018742 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 30 de Noviembre de 2024 a las 09:07:41

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.