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 CASANARE**

**CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **85** |
| **Código Centro** | **951910** |
| **Fecha Elaboración** | **Diciembre de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **50812-904491** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | DIANA LISET GARZON PUENTES | **Banco a consignar:** | BANCO COOMEVA S.A. |
| **Cédula de Ciudadanía** | 46.381.726 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | dianagarzonp@misena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 320101914001 |
| **IP/Nº de contacto:** | 3143552439 | **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** | NO |

| | |
|---|---|
| **¿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:** | 5828362/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **12624** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 11 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES COMO INSTRUCTOR CON LA EDUCACIÓN MEDIA TÉCNICA - RED DE CONOCIMIENTO GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA. RAD 85-9-2024-000244. |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/12/2024** | **Al** | **13/12/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 1.937.039 |
| **Número de pago** | **11** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 46.637.939 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 1.937.039,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 0 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 1.937.039 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 4.470.090 | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 6.407.129** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 3.652.016** | **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** | | ---------- | **81991198** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.300.000 | $ 1.788.036 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 162.500 | $ 223.600 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 208.000 | $ 286.100 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL I | | $ 6.800 | $ 9.400 |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ 286.100 | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ 223.600 | |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ 9.400 | |
| 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 | | $ 640.713 | |
| Salud hasta | $ 753.040 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 34.082.904 | $ 1.218.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 8.960.000 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 3.652.016,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 1.937.039,00 | |
| 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 - YOPAL | 19.370,00 | 1,000% |
| - | 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** | **$1.917.669,00** | |

**SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

PROGRAMA DE FORMACIÓN: Contabilización de OPeraciones comerciales y Financieras - Fichas Grado 10:2869396- 2868697- 2867901
Fichas grado 11:2685101 y 2685032: realización de Actividades de Desarrollo Institucional: evaluaciones, registro de juicios en la plataforma, cierre de actividades en el LMS, registro de novedades, gestión de soporte documental, entrega proceso alistamiento 2025 entrega de informes de ejecución 2024.
se reportan 69 horas de trabajo para el mes de diciembre
No. 81991198 de la planilla compensar mi planilla correspondiente al mes de noviembre de 2024 y 82680711 planilla compensar mi planilla compensar correspondiente al mes de diciembre

**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

**DIANA LISET GARZON PUENTES**
**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,

**EDWIN ALONSO QUINTERO**
**INSTRUCTOR G11**

**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**
**FERNANDO BARRERO CABALLERO**
**DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO (E)**

17/12/24 20:46:13 USUARIO: SIC - C.C. 46381726

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 46381726 | DIANA LISET GARZON PUENTES | | CALLE 30 28 46 | 6086310299 | dili726@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| ÚNICA | I – Independiente | | | CASANARE | YOPAL | 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 | 13/12/2024 | 81991198 | $557.700 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 223.600 | 0 | | 0 | | 0 | 7 | 1.100 | 0 | 224.700 | 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 | 286.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 1.400 | 0 | 287.500 | 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 | 7 | 100 | 9.500 | | | 94 | 9.500 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF69 | Comfacasanare | 844003392-8 | 35.800 | 7 | 200 | 36.000 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 7 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 7 | 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 | 223.600 | 224.700 |
| Pensión | 1 | 286.100 | 287.500 |
| Riesgos Laborales | 1 | 9.400 | 9.500 |
| CCF | 1 | 35.800 | 36.000 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 554.900 | 557.700 |

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 | 46381726 | DIANA LISET GARZON PUENTES | | CALLE 30 28 46 | 6086310299 | dili726@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | CASANARE | YOPAL | | 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 | 13/12/2024 | 81991198 | $557.700 | |

## 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 | 46381726 | GARZON PUENTES DIANA LISET | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.788.036 | 286.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.788.036 | 223.600 | 14-23 | 1.788.036 | 1 | 9.400 | CCF69 | 1.788.036 | 35.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Yopal, 13 de diciembre de 2024

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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NUIP - NIP** | **1054288761** | **NATALIA SOFIA PUENTES GARZÓN** | **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: Diana Liset Garzón Puentes
C.C. 46381726

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

**NUIP** 1054288761

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50223839

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

| Registraduria | Notaria | Número | Consulado | Corregimiento | Inspección de Policía | Código |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ☒ | 03 | ☐ | ☐ | ☐ | E 2 N |

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

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| PUENTES | GARZON |

**Nombre(s)**

NATALIA SOFIA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2013 Mes MAR Día 11 | FEMENINO | "A" | POSITIVO |

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

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | 11877926-8 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: GARZON PUENTES DIANA LISET

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. 46.381.726 SOGAMOSO | COLOMBIANA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: PUENTES PEREZ JEFFERSSON ANTONIO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. 9.399.915 SOGAMOSO | COLOMBIANA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: PUENTES PEREZ JEFFERSSON ANTONIO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. 9.399.915 SOGAMOSO | |

**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 2013 Mes MAR Día 22 | EDGAR ULLOA ULLOA<br>Nombre y firma |

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

ASSENDA S.A. NIT. 890.321.151-0 100242251

| | |
|---|---|
| SENA | Versión: 05<br>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: DIANA LISET GARZON PUENTES | | | | | | IDENTIFICACIÓN |
| CIUDAD | YOPAL | FECHA | 13/12/2024 | REGIONAL | Casanare | 46.381.726 |
| DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO: | | | Centro Agroindustrial y Fortalecimiento Empresarial de Casanare | | | |
| NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO: | | | CO1.PCCNTR.5828362 del 29 enero de 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 | | Michael Sebastian Herrera Cristiano | |
| ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS | | N/A | |
| ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL | | Edwin Alonso Quintero | |
| 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) | | N/A | |
| CONTABILIDAD | | Luz Emilce Gomez Ayala | |
| TESORERIA | | María Sorley Velandia Comayan | |
| COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA | | Edwin Alonso Quintero | |
| BIBLIOTECA | | Yolanda María Gutierrez Castañeda/Jazmin Villegas | |
| OTRO | | N/A | |
| OTRO | | N/A | |
| SUPERVISOR DE CONTRATO | | Edwin Alonso Quintero | |

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

OTROS : _____

Firma del Contratista

| | | |
|---|---|---|
| SENA | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA<br>PROCESO DE GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA<br>RELACION DE BIENES A CARGO DEL CUENTADANTE | Versión: 1.01<br>Fecha: 15.10.2020 |

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el Sr(a) DIANA LISET GARZON FUENTES identificado(a) con CC. 46381726 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 17 de Diciembre de 2024 a las 10:55:05

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.