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 CAUCA

CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL CAUCA

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

Código Regional	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**84398-135620**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	NOHORA JULIETA BOLAÑOS BOLAÑOS	**Banco a consignar:**	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	34.570.882	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	julieticabolanos@gmail.com	**Número de Cuenta:**	520100975
IP/Nº de contacto:	3175179011	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
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:	5840717/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**14624**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios personales de carácter temporal como instructor contratista aportando en la planeación y ejecución de los procesos formativos en la modalidad virtual en los programas de formación de nivel titulada del Centro de Comercio y Servicios, perteneciente a la red de: Logistica y Transporte, según las necesidades del servicio en los diferentes municipios del departamento del Cauca

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/12/2024**	**Al**	**24/12/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 3.572.444
Número de pago	**12**			**Valor Total del Contrato:**	$ 48.972.144
Valor Bruto Pago:			**$ 3.572.444,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.572.444	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	**$ 3.572.444**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.822.800**	**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		----------	**8633871149**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.428.978	$ 1.786.218
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.700	$ 223.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 228.700	$ 285.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 7.500	$ 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		$ 208.000	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 357.244	
Salud hasta	$ 753.040	$ 162.500	
Renta Exenta 25%	$ 37.181.350	$ 607.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 9.085.567		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.822.800,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.572.444,00	
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 - 8551 - POPAYAN	7.145,00	0,200%
-	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	**$3.565.299,00**	

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir Formación Profesional Integral en el Tecnólogo Coordinación de Procesos Logísticos en las fichas: 2879823, 2879824, 2879825, 2977721

Competencia: Calcular costos de operación de acuerdo con métodos, Supervisar la prestación de los procesos de negocio según modelo de

Diseñar áreas de almacenamiento según estrategias de logística y sistemas de almacenaje

Resultados de Aprendizaje: Determinar los elementos del costo según el proceso logístico.

Reconocer los planes de la operación logística según las características de la organización.

Reconocer los elementos de acuerdo con los sistemas de almacenamiento.

Identificar los recursos del flujo de la operación logística teniendo en cuenta aspectos técnicos y legales de la distribución.

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

NOHORA JULIETA BOLAÑOS BOLAÑOS
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,

Firmado digitalmente por Ada Lorena Cerón Rosero
Fecha: 2024.12.24 08:48:33 -05'00'

ADA LORENA CERON ROSERO
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
HENRY ARMANDO MORALES FERNANDEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

22/12/24 10:48:51 USUARIO: SIC -

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 34570882	0	NOHORA JULIETA BOLANOS BOLANOS	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
19-1	CLL 6 9 83		3175179011			JULIETICABOLANOS@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-11	2024-11	8633871149	I	2024-12-16	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	554.600	0	AvVillas
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8659203269	2024-12-19	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.					
1	CC 34570882	BOLAÑOS BOLAÑOS NOHORA JULIETA	1.787.000																	0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.787.000	286.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.787.000	223.400	COMFACAUCA-CCF14	1.787.000	35.800	1.787.000	9.400	0,00522	0	0	0	0	0	59	0	554.600	N	1841201

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 34570882	0	NOHORA JULIETA BOLANOS BOLANOS	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
19-1	CLL 6 9 83		3175179011			JULIETICABOLANOS@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-11	2024-11	8633871149	I	2024-12-16	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	554.600	0	AvVillas
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8659203269	2024-12-19	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.787.000	1.787.000	1.787.000	1.787.000	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	286.000	0	0	0	286.000
PROTECCION	230201	800229739	0	1	286.000	0	0	0	286.000
EPS(Administradoras: 1)				1	223.400	0	0	0	223.400
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	1	223.400	0	0	0	223.400
ARP(Administradoras: 1)				1	9.400	0	0	0	9.400
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	9.400	0	0	0	9.400
CCF(Administradoras: 1)				1	35.800	0	0	0	35.800
COMFACAUCA	CCF14	891500182	0	1	35.800	0	0	0	35.800
Gran Total					554.600	0	0	0	554.600



Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO PLANILLA ASISTIDA PILA

Número de Identificación del Aportante / Pin Único: 345905882

Valor a Pagar $: 554 600

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 86512032699

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información:

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2024 Mes 11

AV 251 20241216 08107 BC1067 LINEA 1
TR PAGADO: 554.600.00
NOMBRE:ASOPAGO
CLAVE:5697203269 0
PS:345705882
Fecha Aplicación:20241216 PIN:80727
Estimado clientes Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

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

Popayán, 22 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:

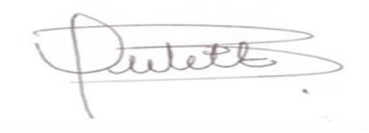
T.I.	**1.061.740.108**	**Manuela Gómez Bolaños**	**HIJO**

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: Nohora Julieta Bolaños
C.C. 34.570.882

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.061.740.108

GOMEZ BOLAÑOS

APELLIDOS

MANUELA

NOMBRES

Manuela gomez B.

FIRMA



Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **04-AGO-2009**

POPAYAN
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

04-AGO-2027 **A+** **F**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

24-JUL-2017 POPAYAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

INDICE DERECHO

P-1100100-00930755-F-1061740108-20170810 **0056985231A 3** 7764543190

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.061.740.108

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 42915637

42915637

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código F Z F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE POPAYAN - COLOMBIA - CAUCA - POPAYAN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GOMEZ	BOLAÑOS

Nombre(s): MANUELA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes AGO Día 04	FEMENINO		

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	51499289-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: BOLAÑOS BOLAÑOS NOHORA JULIETA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 34.570.882	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GOMEZ LASSO FREDDY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 94.429.147	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GOMEZ LASSO FREDDY

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 94.429.147	

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 2009 Mes AGO Día 06	MARIA ELVIRA PRADO PAREDES - REGI Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

Libro de VARIOS T. 24 F 216

Adhesivo Copia Registro Civil
31552158-5

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

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

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRADURÍA ESPECIAL DEL ESTADO CIVIL
POPAYAN - CAUCA

C E R T I F I C A

QUE ESTE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
CON INDICATIVO SERIAL No. 42915637

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

Que se lleva en la Registraduría de
Popayán, es fiel copia del original

22 DE JULIO DE 2022

CONSUELO AMPARO CHANTRE HOYOS
Registradora Especial Del Estado Civil
Popayán – Cauca

LA REGISTRADURÍA DEL SIGLO XXI

Versión: 05
Código: GTH- F- 074

Proceso Gestión de Talento Humano

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA:	Nohora Bolaños			IDENTIFICACIÓN
CIUDAD: POPAYÁN	FECHA:	REGIONAL: CAUCA		34570882
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:	SENA- CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS			
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:	No.			

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO		CESIÓN		LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO		TERMINACIÓN UNILATERAL	

DEPENDENCIA SENA	Marcar con x	RESPONSABLES	
		NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
GESTIÓN DE TIC		Edwin D Tello A	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS		LEIDY VIVIANA PAVAS	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL			
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)		Alfon Fabian Diaz Mejia	P/ Comfa
CONTABILIDAD		Natalia Solis	Natalia Solis
TESORERIA		Natalia Solis	Natalia Solis
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA			
BIBLIOTECA			
OTRO Comisión		Victor Cáceres	
OTRO Seguro		Victor Cáceres	
SUPERVISOR DE CONTRATO			

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) BOLAÑOS BOLAÑOS NOHORA JULIETA identificado(a) con CC. 34570882 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 20 de Diciembre de 2024 a las 14:23:49

20/12/2024

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.

		Versión: 06
		Código: GD-F-004

Proceso Gestión Documental

Formato Único de Inventario Documental

SEDE	**REGIONAL CAUCA**	**REGISTRO DE ENTRADA**			
UNIDAD ADMINISTRATIVA	**SUBDIRECCION DE CENTRO DE FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL - ENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS**	**AÑO**	**MES**	**DIA**	**NUT - NÚMERO ÚNICO DE TRANSFERENCIA**
OFICINA PRODUCTORA	**GRUPO DE FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL, GESTION EDUCATIVA Y RELACIONES CORPORATIVAS / COORDINACION ACADÉMICA**	**2024**	**12**	**20**	
OBJETO:					**Hoja de**

No. ITEM	CÓDIGO	NOMBRE DE LAS SERIES, SUBSERIES O ASUNTOS	FECHAS EXTREMAS		UNIDAD DE CONSERVACIÓN				FOLIOS		SOPORTE	FRECUENCIA DE CONSULTA	NOTAS
			INICIAL	FINAL	CAJA	CARPETA	TOMO	OTRO	DEL	AL			
1	19.9307	Juicios Evaluativos Actas equipo Ejecutor Portafolio											Drive

NOMBRES Y APELLIDOS	**ELABORADO POR**	**ENTREGADO POR**	**RECIBIDO POR**
	NOHORA JULIETA BOLAÑOS BOLAÑOS		
CARGO	**INSTRUCTOR**		
FIRMA			R/ANGEL OVIDIO MEDINA
FECHA	**20/12/2024**	**20/12/2024**	**20/12/2024**