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 NACIONAL DE HOTELERÍA, TURISMO Y ALIMENTOS- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940610**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**50393-947058**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ANGELICA MARIA NIÑO CORTES	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	52.082.179	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	angelica.26@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	17408897041
IP/Nº de contacto:	3103069656	**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:	5853132/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**17324**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios personales de carácter temporal como Instructor para orientar la formación de acuerdo con la guía para desarrollar los procesos formativos en formación Titulada y/o Complementaria presencial y/o virtual del Centro Nacional de Hotelería Turismo y alimentos, sedes, subsedes y/o ambientes dispuestos para la formación

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/12/2024 Al 14/12/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 2.083.921
Número de pago	**11**	**Valor Total del Contrato:**	$ 46.739.371
Valor Bruto Pago:	**$ 2.083.921,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.083.921	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	**$ 2.083.921**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.118.429**	**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		----------	**1068317966**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.300.000	$ 1.786.218
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	II	$ 13.600	$ 18.700
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		$ 208.392	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 373.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 9.285.436		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.118.429,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.713.421,00	
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	16.552,00	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	**$2.067.369,00**	

SON: DOS MILLONES SESENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

TÉCNICO EN PASTELERÍA 2922933 Integrar los planes de saneamiento teniendo en cuenta las necesidades de la industria pastelera TÉCNICO
TÉCNICO EN PASTELERÍA 2970512 Integrar los planes de saneamiento teniendo en cuenta las necesidades de la industria pastelera TÉCNICO
TÉCNICO EN PASTELERÍA 2994783 Ubicar los productos alimenticios conforme a su naturaleza y técnicas de almacenamiento
TÉCNICO EN COCINA 3106274 Manipular alimentos
TÉCNICO EN PASTELERÍA 3064642 Alistar instalaciones, maquinaria, materias primas, insumos y herramientas de acuerdo con orden de produ

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

Angelica Mª Niño C

ANGELICA MARIA NIÑO CORTES
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,

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
CARLOS ARTURO GAMBA CASTILLO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-11-26, 10:22:10 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1068317966 **Referencia pago(PIN)** 8822646792

Periodo Cotización 202411 **Periodo Servicio** 202411

Cliente:

PAGADA 2024-11-26

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGELICA MARIA NIÑO CORTES				
Documento	CC 52082179	**Dirección**	CR 93 #80 B - 05		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3103069656		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52082179		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					NIÑO CORTES ANGELICA MARIA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.786.218	25-14		16 %	$ 1.786.218	$ 285.800	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 1.786.218	$ 223.300	$ 0	14-23	2	1,044 %	$ 1.786.218	$ 18.700	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 285.800	$ 0	$ 0	$ 223.300	$ 18.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 527.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!



Puntored no te cobra por esta transacción Puntored Corresponsal Bancario Scotiabank Colpatria

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	**26/11/2024**
Hora	**09:01:10**
Terminal	**369836**
Convenio	**PILA PLANILLA ASISTIDA SIMPLE**
Cod. Convenio	**0408**
Referencia	**8822646792**
Valor	**$527,800**
Transacción	**001050031134**
Usuario	**LEIDY DIDIANA MORANTES MU?OZ**

Línea de atención personalizada en Bogotá:
3487881 Resto del País: 01 8000 960 505

Aquí también puede pagar su tarjeta de
credito y creditos de consumo del Banco
Scotiabank Colpatria

BANCO SCOTIABANK COLPATRIA VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

El usuario autoriza a CONEXRED SAS (PUNTORED) para el tratamiento de los datos proporcionados para el envío de soportes electrónicos de las transacciones que realice en el punto, cuando ello sea requerido o solicitado por el Usuario, así mismo para realizar estudios de consumo y analítica de datos a través de los cuales PUNTORED pueda ampliar la oferta financiera, comercial y de servicios que le proporciona, para lo cual podrá contactarlo y adelantar campañas comerciales. Para conocer sus derechos, consulte la Política de Tratamiento disponible en www.puntored.co los cuales podrá ejercer a través del correo servicioal.cliente@puntored.co

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 1 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

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:

C.C.	**1019602873**	**Laura Valentina Gomez Niño**	**Hijo(a)**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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.

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,

Angelica Mª Niño C

ANGELICA MARIA NIÑO CORTES
C.C. 52082179

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1019602873

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35681789

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Notaría [ ] Notaría [ ] Número 06 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 5 C

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA DISTRITO CAPITAL BOGOTA**********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GOMEZ **********	NIÑO **********

Nombre(s)
LAURA VALENTINA **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2004 Mes JUN Día 23	FEMENINO	A	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO NACIDO VIVO **********	A 5772454

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
NIÑO CORTES ANGELICA MARIA **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 52. 082.179 BOGOTA**********	COLOMBIANA ********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
GOMEZ FUSGA JOSE MIGUEL **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 79.162.455 UBATE **********	COLOMBIANA ****

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
GOMEZ FUSGA JOSE MIGUEL **********

Documento de identificación (Clase y número) — Firma
C.C. 79.162.455 UBATE **********

C.C. 79.162.455 de UBATE

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número) — Firma
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número) — Firma
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

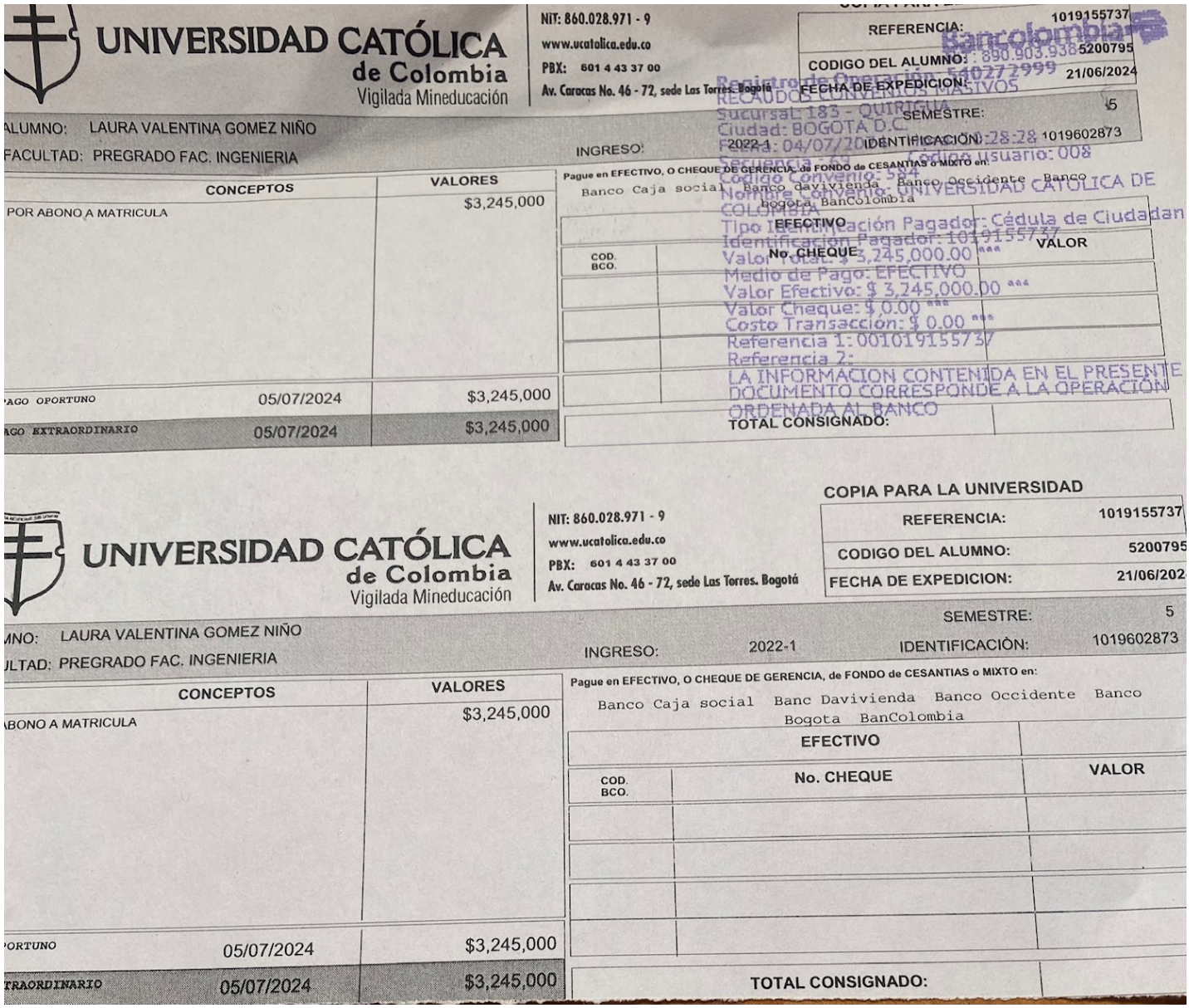
Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2004 Mes JUL Día 21	JUAN MANUEL BOTERO MEDINA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
NOTARIA SEXTA DE BOGOTA D.C. ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL QUE SE EXPIDE Firma PARA DEMOSTRAR PARENTESCO (ART. 1S DEC. 1260)	JUAN MANUEL BOTERO MEDINA Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

REPUBLICA DE COLOMBIA Juan Manuel Botero Medina Notaría Sexta de Bogotá D.C.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



UNIVERSIDAD CATÓLICA de Colombia
Vigilada Mineducación

NIT: 860.028.971 - 9
www.ucatolica.edu.co
PBX: 601 4 43 37 00
Av. Caracas No. 46 - 72, sede Las Torres. Bogotá

COPIA PARA LA UNIVERSIDAD

REFERENCIA:	1019155737
CODIGO DEL ALUMNO:	5200795
FECHA DE EXPEDICION:	21/06/2024

ALUMNO: LAURA VALENTINA GOMEZ NIÑO
FACULTAD: PREGRADO FAC. INGENIERIA

INGRESO: 2022-1 SEMESTRE: 5 IDENTIFICACIÓN: 1019602873

CONCEPTOS		VALORES
POR ABONO A MATRICULA		$3,245,000
PAGO OPORTUNO	05/07/2024	$3,245,000
PAGO EXTRAORDINARIO	05/07/2024	$3,245,000

Pague en EFECTIVO, O CHEQUE DE GERENCIA, de FONDO de CESANTIAS o MIXTO en:
Banco Caja social Banco davivienda Banco Occidente Banco Bogota BanColombia

EFECTIVO		
COD. BCO.	No. CHEQUE	VALOR
TOTAL CONSIGNADO:		

Bancolombia
Registro de Operación: 540272999
RECAUDOS CONVENIOS MASIVOS
Sucursal: 183 - QUIRIGUA
Ciudad: BOGOTA D.C.
Fecha: 04/07/2024 28:28
Secuencia: Codigo usuario: 008
Codigo Convenio: 584
Nombre Convenio: UNIVERSIDAD CATOLICA DE COLOMBIA
Tipo Identificación Pagador: Cédula de Ciudadan
Identificacion Pagador: 1019155737
Valor Total: $ 3,245,000.00 ***
Medio de Pago: EFECTIVO
Valor Efectivo: $ 3,245,000.00 ***
Valor Cheque: $ 0.00 ***
Costo Transaccion: $ 0.00 ***
Referencia 1: 00101915573?
Referencia 2:
LA INFORMACION CONTENIDA EN EL PRESENTE DOCUMENTO CORRESPONDE A LA OPERACIÓN ORDENADA AL BANCO

UNIVERSIDAD CATÓLICA de Colombia
Vigilada Mineducación

NIT: 860.028.971 - 9
www.ucatolica.edu.co
PBX: 601 4 43 37 00
Av. Caracas No. 46 - 72, sede Las Torres. Bogotá

COPIA PARA LA UNIVERSIDAD

REFERENCIA:	1019155737
CODIGO DEL ALUMNO:	5200795
FECHA DE EXPEDICION:	21/06/202

MNO: LAURA VALENTINA GOMEZ NIÑO
ULTAD: PREGRADO FAC. INGENIERIA

INGRESO: 2022-1 SEMESTRE: 5 IDENTIFICACIÒN: 1019602873

CONCEPTOS		VALORES
ABONO A MATRICULA		$3,245,000
PORTUNO	05/07/2024	$3,245,000
TRAORDINARIO	05/07/2024	$3,245,000

Pague en EFECTIVO, O CHEQUE DE GERENCIA, de FONDO de CESANTIAS o MIXTO en:
Banco Caja social Banc Davivienda Banco Occidente Banco Bogota BanColombia

EFECTIVO		
COD. BCO.	No. CHEQUE	VALOR
TOTAL CONSIGNADO:		

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: Angelica Maria Niño Cortes						IDENTIFICACION
CIUDAD	Bogotá	FECHA	dic-24	REGIONAL	Regional Distrito Capital	52.082.179
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:		Centro Nacional de Hotelería, Turismo y Alimentos Carrera 30 # 15 - 53				
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:		CO1.PCCNTR.5853132 31 de 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	X	Nasly Carolina Gaitan Perez	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	X	María Camila Mendoza Camargo	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL	X	Jessica Gustin Hernàndez	
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.	
CONTABILIDAD	X	Derly Angelica Alvarado Cepeda	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA	X	Carlos Javier Gonzalez Navarrete	
BIBLIOTECA	X	Diana Lorena Sastre Caicedo	
OFFICE	X	Sandra Maria Mendez Lasso	
SUPERVISOR DE CONTRATO	X	Carlos Javier Gonzalez Navarrete	

OFICE COMPLETO

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

OTROS :

Angelica M. Niño

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) identificado(a) con CC. 52082179 tiene los siguientes bienes a cargo:

Listado de inventarios:

Regional	Centro	Modulo	Placa	Valor

CANTIDAD DE BIENES A CARGO: 0
VALOR TOTAL: $0,00

El cuentadante adicionalmente se encuentra asociado a los siguientes Nits múltiples:

- 94060000068

CANTIDAD DE BIENES COMO CUENTADANTE MÚLTIPLE: 0
VALOR TOTAL: $0,00

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.

Fecha de emisión del reporte: 3 de Diciembre de 2024 a las 06:45:35