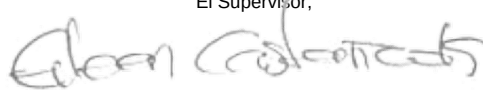


SENA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional		41	
			Código Centro		952510	
			Fecha Elaboración		18 Diciembre de 2024	
			Versión		MARZO 2024 - 2,24	
			ID de Proceso		33705-207550	
REGIONAL HUILA						
CENTRO AGROEMPRESARIAL Y DESARROLLO PECUARIO DEL HUILA						
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1						
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos:		ESMITH MEDINA SUAREZ		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía		8.339.308		Tipo de cuenta:		AHORROS
Correo electrónico:		emedince@sena.edu.co		Número de Cuenta:		28588281673
IP/N° de contacto:		3105664439		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						
N° del contrato:		5856929/2024		N° Compromiso SIIF		10124
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		9
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL EN EL C.A.D.P.H. Y SU ÁREA DE INFLUENCIA EN LA ESPECIALIDAD SGSST.				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del		01/10/2024		Al		31/10/2024
Número de pago		9		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 4.465.545
Valor Bruto Pago:		\$ 4.465.545,00		Valor Total del Contrato:		\$ 40.041.054
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 0
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 4.465.545		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		\$ 4.465.545		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.618.190		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Octubre		Setiembre		Base retención en la fuente a titulo de RENTA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		9478618018		Base retención en la fuente a titulo de ICA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218		\$ 1.786.218		Valor base IVA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300		\$ 223.300		IVA (Si es RESPONSABLE)
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800		\$ 285.800		Menos Retención en la Fuente
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA
ARL		\$ 18.700		\$ 18.700		Reteica - 8523 - GARZON
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		\$ 446.555				
Salud hasta		\$ 753.040		\$ -		
Renta Exenta 25%		\$ 27.886.012		\$ 873.000		
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 7.827.681				
Retención en la Fuente Contingente		\$				
						Descuentos de embargo (Si tiene)
						VALOR A PAGAR
						\$3.823.505,00
SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS VEINTITRES MIL QUINIENTOS CINCO PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Impartir formación complementaria virtual en el cursos:ACTUALIZACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO						
3086080,3086078,3086079,3086077 y IMPLEMENTACION DE SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD y SALUD EN EL TRABAJO FICHA:3094422.						
cumpliendo con los parámetros estipulados en la guía de orientaciones para la formación en ambientes virtuales de aprendizaje						
V4 alojada en la página ejecuciondelaformacion.sena.edu.co						
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						
				ESMITH MEDINA SUAREZ EL CONTRATISTA		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO						
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:				Autorizo el presente pago.		
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;				El Supervisor,		
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo 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.				EILEEN KARINA CASTAÑEDA LOSADA INSTRUCTOR G18		
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 ANDRES JIMENEZ MOREA						
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02						

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 8339308		MEDINA SUAREZ ESMITH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 10 A # 6 A - 38	GARZON-HUILA	5555555	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-09	2024-09	9478618018	9478618018	I	2024/10/03	2024/12/09	BANCO DE BOGOTA	67	\$552,900

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)					\$1,786,218	\$285,800			\$1,786,218	\$223,300			\$0	\$0			\$1,786,218	\$18,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,786,218	\$285,800			\$1,786,218	\$223,300			\$0	\$0			\$1,786,218	\$18,700		\$0	\$0
Ciudad: GARZON Depto: HUILA (1 Afiliados)					\$1,786,218	\$285,800			\$1,786,218	\$223,300			\$0	\$0			\$1,786,218	\$18,700		\$0	\$0
1	CC 8339308	MEDINA ESMITH	230301	30	\$1,786,218	\$285,800	EPS005	30	\$1,786,218	\$223,300		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,786,218	\$18,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,786,218	\$285,800			\$1,786,218	\$223,300			\$0	\$0			\$1,786,218	\$18,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 8339308		MEDINA SUAREZ ESMITH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 10 A # 6 A - 38	GARZON-HUILA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-09	2024-09	9478618018		9478618018	I	2024/10/03	2024/12/09	BANCO DE BOGOTA	\$552,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$285,800	\$13,600	\$0	\$299,400	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$285,800	\$13,600	\$0	\$299,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$18,700	\$900	\$0	\$19,600	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$18,700	\$900	\$0	\$19,600	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$223,300	\$10,600	\$0	\$233,900	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$223,300	\$10,600	\$0	\$233,900	
TOTAL				1	\$527,800	\$25,100	\$0	\$552,900	

Esta transacción está sujeta a verificación posterior. El(los) cheque(s) depositado(s) se reciben "Salvo buen cobro" de manera que la operación solo se entiende efectiva si el (los) cheques(s) son pagado(s) por el (los) banco(s) librados. En caso de que el(los) cheque(s) sean devuelto(s) sin pago, esta operación se revertirá y el (los) título(s) se entregará(n) por parte del Banco al titular de la cuenta en la que se deposita (ron). En consecuencia, el comprobante de pago que se entrega al depositario timbrado por el Banco, no implica constancia de pago respecto a las sumas no consignadas en efectivo.

El pago con tarjeta Débito/Crédito aplica únicamente para convenios de empresas autorizadas. En caso de inconveniente comuníquese con la entidad emisora de su tarjeta.

Comprobante de Recaudos

ESPACIO PARA EL TIMBRE

Banco de Bogotá - RECAUDO PILA
2060 B0024402 ***3950 T785
FTx06/12/24 15:49H.N0244 Centro Com
202409 84 Aportes en línea
PLANILLA No.000009478618018
Identificación8339308
VALOR PLANILLA:552,900.00
Cargo Cuenta No.
Valor Efectivo:552,900.00

VALOR \$

552900

Verifique que la información impresa en este formato sea correcta

21303332 (CRE_FOR_005 V1 21/01/2016)

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 8339308		MEDINA SUAREZ ESMITH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 10 A # 6 A - 38	GARZON-HUILA	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	9475878769	9475878769	I	2024/11/06	2024/12/18	BANCO DE BOGOTA	42	\$543,200

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)						\$ 1,786,218	\$285,800			\$ 1,786,218	\$223,300			\$0	\$0			\$ 1,786,218	\$18,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$ 1,786,218	\$285,800			\$ 1,786,218	\$223,300			\$0	\$0			\$ 1,786,218	\$18,700		\$0	\$0	
Ciudad: GARZON Depto: HUILA (1 Afiliados)						\$ 1,786,218	\$285,800			\$ 1,786,218	\$223,300			\$0	\$0			\$ 1,786,218	\$18,700		\$0	\$0	
1	CC	8339308	MEDINA ESMITH	230301	30	\$ 1,786,218	\$285,800	EPS005	30	\$ 1,786,218	\$223,300		0	\$0	\$0	14-23	30	\$ 1,786,218	\$18,700	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)						\$ 1,786,218	\$285,800			\$ 1,786,218	\$223,300			\$0	\$0			\$ 1,786,218	\$18,700		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 8339308		MEDINA SUAREZ ESMITH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 10 A # 6 A - 38	GARZON-HUILA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-10	2024-10	9475878769		9475878769	I	2024/11/06	2024/12/18	BANCO DE BOGOTA	\$543,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$285,800	\$8,300	\$0	\$294,100	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$285,800	\$8,300	\$0	\$294,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$18,700	\$600	\$0	\$19,300	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$18,700	\$600	\$0	\$19,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$223,300	\$6,500	\$0	\$229,800	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$223,300	\$6,500	\$0	\$229,800	
TOTAL				1	\$527,800	\$15,400	\$0	\$543,200	

Banco de Bogotá



NIT. 860.002.964-4

Esta transacción esta sujeta a verificación posterior, El(los) cheque(s) depositado(s) se reciben "Salvo buen cobro" de manera que la operación solo se entiende efectiva si el (los) cheque(s) son pagado(s) por el (los) banco(s) librados. En caso de que el(los) cheque(s) sean devuelto(s) sin pago, esta operación se reservará y el (los) título(s) se entregará(n) por parte del Banco al titular de la cuenta en la que se deposita (ron). En consecuencia, el comprobante de pago que se entrega al depositario timbrado por el Banco, no implica constancia de pago respecto a las sumas no consignadas en efectivo.

El pago con tarjeta débito/Crédito aplica únicamente para convenios de empresas autorizadas. En caso de inconveniente comuníquese con la entidad emisora de su tarjeta.

Comprobante de Recaudos

ESPACIO PARA EL TIMBRE

Banco de Bogotá - RECAUDO PILA
2060 B0033802 ***0627 T71
FTx18/12/24 08:28H.N0338 Garzon
202410 84 Aportes en linea
PLANILLA No.000009475878769
Identificacion8339308
VALOR PLANILLA:543,200.00
Cargo Cuenta No.
Valor Efectivo:543,200.00

VALOR \$

Verifique que la información impresa en este formato sea correcta

21303332 (CRE_FOR_005 V1 21/01/2016)



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 06 de marzo de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

SENA - CFP 419525
RADICACIÓN RECIBIDA

No: 41-1-2024-002772

6/03/2024 11:22:51 a. m.

Destinatario: _____

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.	1145734930	MARIA JOSE MEDINA ALVARADO	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: Esmith Medina Suarez

C.C. 8.339.308 de Chigorodo'-Antioquia

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1.145.734.930

REGISTRO CIVIL Indicativo
DE NACIMIENTO Serial 56869570

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código D U V

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

REGISTRADURIA DE GARZON H. SAN VICENTE DE PAUL - COLOMBIA - HUILA

Datos del inscrito

Primer Apellido MEDINA Segunda Apellido ALVARADO

Nombre(s) MARIA JOSE

Fecha de nacimiento Año 2016 Mes SEP Día 29 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo A Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA GARZON.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO. Número certificado de nacido vivo 13599549-2.

Datos de 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 ALVARADO MEJIA MIRIAM.

Documento de identificación (Clase y número) CC 26.450.944. Nacionalidad COLOMBIA.

Datos de padre o madre (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 MEDINA SUAREZ ESMITH.

Documento de identificación (Clase y número) CC 8.339.308. Nacionalidad COLOMBIA.

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos MEDINA SUAREZ ESMITH.

Documento de identificación (Clase y número) CC 8.339.308. Firma

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 Año 2016 Mes OCT Día 03

Nombre y firma del funcionario que autoriza HERSAYN GONZALEZ CERQUERA - REGIS

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ES FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL

SERIAL

NUIP

FECHA 01 MAR 2016

ESPACIO PARA NOTAS

HERSAYN GONZALEZ CERQUERA
Registrador del Estado Civil



- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

	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) ESMITH MEDINA SUAREZ identificado(a) con CC. 8339308 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 3 de Diciembre de 2024 a las 09:35:40

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: 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: ESMITH MEDINA SUAREZ

IDENTIFICACIÓN

CIUDAD GARZÓN HUILA FECHA 10/31/2024 REGIONAL HUILA 8,339,308

DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO: CARRERA 10 No. 11-22 - SENA GARZÓN - CENTRO AGROEMPRESARIAL Y DESARROLLO PECUARIO DEL HUILA - CADPH

NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO: 5856929 DEL 2/03/2024

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	☐	ELIANA YINETH LOZANO TRIANA	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	☐	LORENA MARIA GUTIERREZ QUINTERO	
ENTREGA CARNE (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL	☐	EILEEN KARINA CASTAÑEDA LOSADA	
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)	☐	CARLOS FERNANDO CORRALES	
CONTABILIDAD	☐	CARMENZA RIVERA MOLANO	
TESORERIA	☐	LORENA MARIA GUTIERREZ QUINTERO	
COORDINACIÓN DE ÁREA/GRUPO/ACADEMICA	☐	EILEEN KARINA CASTAÑEDA LOSADA	
BIBLIOTECA	☐	YINA YUVELY ZAMORA GUALTEROS	
OTRO	☐		
OTRO	☐		
SUPERVISOR DE CONTRATO	☐	EILEEN KARINA CASTAÑEDA LOSADA	

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

OTROS: _____

Firma del Contratista