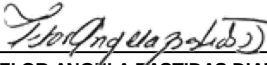


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional		11	
			Código Centro		940610	
	REGIONAL DISTRITO CAPITAL		Fecha Elaboración		Diciembre de 2025	
	CENTRO NACIONAL DE HOTELERÍA, TURISMO Y ALIMENTOS- BTÁ D.C.		Versión		ENERO - 2.25	
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		ID de Proceso		91993-353003		
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos:		AIDEE TORRES GIL		Banco a consignar:		DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía		39.759.365		Tipo de cuenta:		AHORROS
Correo electrónico:		atorresgil@sena.edu.co		Número de Cuenta:		0570006180275049
IP/N° de contacto:		15510		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 2024		SI
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?						NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000						NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a \$164.336.700 (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:		7675497/2025	N° Compromiso SIIF	25125	Número de pagos durante la vigencia del contrato	10
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar los servicios profesionales de carácter temporal contribuyendo con su gestión en la articulación institucional de los servicios dirigidos a las poblaciones campesinas y trabajadores de la economía popular, en los municipios, corregimientos y veredas del área de influencia del centro de formación profesional integral, en coordinación con la Subdirección de Centro, la Coordinación				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del	01/12/2025	Al	31/12/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 5.300.000	
Número de pago	10			Valor Total del Contrato:	\$ 49.466.667	
Valor Bruto Pago:	\$ 5.300.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 0	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 5.300.000		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		\$ 5.300.000		Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 3.107.600		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Diciembre	Noviembre	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.107.600,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	7992379671/79	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.695.800,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 2.120.000	\$ 2.120.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 265.000	\$ 265.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 339.200	\$ 339.200	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL II		\$ 22.200	\$ 22.200	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	45.361,00	0,966%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -			0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -			0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -			0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -			0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		\$ 530.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 32.784.341	\$ 1.036.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 8.580.000		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$		VALOR A PAGAR	\$5.254.639,00	
SON: CINCO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Asistí a espacios institucionales de socialización de las estrategias CampeSENA y Full Popular.						
Participé en el Comité Articulador CampeSENA Regional para revisar avances y proyectar acciones 2026						
Revisé informes del instructor y el consolidado para el pago de apoyos de permanencia.						
Elaboré y envié solicitudes administrativas para validación de datos, expedición de RP y trámite de resoluciones de pago.						
Gestioné con el proveedor CUATRO CAMINOS SAS las cantidades de materiales y elementos de protección.						
Participé en la ceremonia de certificación en Usme con la Fundación Mujeres Tejiendo Paz.						
Me reuní con la Dirección General para seguimiento de la Formación Continua Especial Popular.						
Envié y remití lineamientos, resoluciones y documentación requerida para la ejecución de FCEP 2025						
Elaboré y entregué el informe mensual y el informe final de supervisión de la vigencia 2025.						
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				 AIDEE TORRES GIL 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. El Supervisor,		
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 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.				 FLOR ANGELA BASTIDAS DIAZ PROFESIONAL G02		
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 JULIO ALEJANDRO SANABRIA VARGAS SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)						

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 339.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 339.200	\$ 0	\$ 339.200
SUBTOTALES:										\$ 339.200	\$ 0	\$ 339.200

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 265.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 265.000	\$ 0	\$ 0	\$ 265.000
SUBTOTALES:									\$ 265.000				\$ 265.000	\$ 0	\$ 0	\$ 265.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 22.200	\$ 22.200	\$ 0	\$ 0	\$ 22.200
SUBTOTALES:									\$ 22.200	\$ 0	\$ 0	\$ 22.200

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR					
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 12.800	\$ 0	\$ 12.800
SUBTOTALES:			\$ 12.800	\$ 0	\$ 12.800

[illegible]

TOTAL PAGADO:	\$ 639.200
----------------------	-------------------

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 339.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 339.200	\$ 0	\$ 339.200
SUBTOTALES:										\$ 339.200	\$ 0	\$ 339.200

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 265.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 265.000	\$ 0	\$ 0	\$ 265.000
SUBTOTALES:									\$ 265.000				\$ 265.000	\$ 0	\$ 0	\$ 265.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 22.200	\$ 22.200	\$ 0	\$ 0	\$ 22.200
SUBTOTALES:									\$ 22.200	\$ 0	\$ 0	\$ 22.200

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR					
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 12.800	\$ 0	\$ 12.800
SUBTOTALES:			\$ 12.800	\$ 0	\$ 12.800

[illegible]

TOTAL PAGADO:	\$ 639.200
----------------------	-------------------



Aideé Torres Gil <aydtorres@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ✓ CUS 1958803657

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: aydtorres@gmail.com

26 de noviembre de 2025, 22:46

**¡Hola, Aidee Torres!****Estado de la Transacción:** **Aprobada ✓****Los siguientes son los datos de tu transacción:****Valor:** \$ 639.200**Empresa:** SOI ACH**Descripción:** Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafiscales**Fecha de la transacción:** 26/11/2025**CUS:** 1958803657

Gracias por utilizar nuestro servicio.

**Ten en cuenta estos tips de seguridad:**

Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.



No abras enlaces sospechosos.



Cambia tus contraseñas con regularidad.



Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.



Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

"AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:

La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección <https://www.pse.com.co/web/quest/persona-centro-de-ayuda> en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias."



Aideé Torres Gil <aydtorres@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ✓ CUS 1974390834

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: aydtorres@gmail.com

2 de diciembre de 2025, 7:31

**¡Hola, Aidee Torres!****Estado de la Transacción:** **Aprobada ✓****Los siguientes son los datos de tu transacción:****Valor:** \$ 639.200**Empresa:** SOI ACH**Descripción:** Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafiscales**Fecha de la transacción:** 02/12/2025**CUS:** 1974390834

Gracias por utilizar nuestro servicio.

**Ten en cuenta estos tips de seguridad:**

Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.



No abras enlaces sospechosos.



Cambia tus contraseñas con regularidad.



Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.



Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 3 de Febrero del 2025

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:

TI	1023164450	KAREN ANDREA RAMÍREZ TORRES	Hijo(a)
----	------------	-----------------------------	---------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,

AIDEE TORRES GIL
C.C. 39759365



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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35713169

NUIP 1023164450

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 20 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 7 D

País: Departamento: Municipio: Corregimiento: Inspección de Policía:

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido RAMIREZ Segundo Apellido TORRES

Nombre(s) KAREN ANDREA

Fecha de nacimiento Año 2007 Mes ABR Día 09 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo Sanguíneo O Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo A7938444

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos TORRES GIL AIDEE

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 39,759,365 de FONTIBON (BOGOTA D.E.)

Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos RAMIREZ CASTELLANOS ROGERS AUGUSTO

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 7,307,705 de CHIQUINQUIRA (BOY.)

Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos RAMIREZ CASTELLANOS ROGERS AUGUSTO

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 7,307,705 de CHIQUINQUIRA (BOY.)

Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segunda testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción

Año 2007 Mes ABR Día 18

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario que hace el reconocimiento

MARIA EUGENIA GUEVARA ORJUELA

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA. SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTICULOS 115 DEL DECRETO 1260 DE 1970 Y 1°. DEL DECRETO 278 DE 1977. ESTE REGISTRO EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS DIECIOCHO (18) DIAS DEL MES DE ABRIL DE DOS MIL SIETE (2007).

NOTARIO CASTRO BERNAL SECRETARIO DELEGADO BOGOTA DECRETOS 1260/70 Y 278/77

BOGOTA D.C. 18/04/2007

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.023.164.450**

RAMIREZ TORRES

APELLIDOS

KAREN ANDREA

NOMBRES

Karen Andrea Ramirez T.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-ABR-2007**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

09-ABR-2025

FECHA DE VENCIMIENTO

20-NOV-2014 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

O+ **F**

G S RH SEXO



P-1500150-00666338-F-1023164450-20150211 0042832392A 1 1523159163



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: AIDEÉ TORRES GIL

IDENTIFICACIÓN

CIUDAD

BOGOTÁ D.C.

FECHA

DICIEMBRE 2025

REGIONAL

DISTRITO CAPITAL

39.759.365

DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:

CENTRO NACIONAL DE HOTELERIA, TURISMO Y ALIMENTOS

NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:

CO1.PCCNTR.7675497 del 19 de marzo de 2025

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO

☒

CESIÓN

LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO
ACUERDOTERMINACIÓN
UNILATERAL

DEPENDENCIA SENA	Marcar con x	RESPONSABLES	
		NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
GESTIÓN DE TIC	☒	EDGAR ANDRES MARQUEZ ALVAREZ	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	☒	MARIA CAMILA MENDOZA CAMARGO	
ENTREGA CARNE (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL	☒	JESSICA GUSTIN HERNANDEZ	
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)	☒	FREDY HERNAN RODRIGUEZ RUEDA	
CONTABILIDAD	☒	DERLY ANGELICA ALVARADO CEPEDA	
TESORERIA	☐	NO APLICA	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA	☒	FLOR ANGELA BASTIDAS DIAZ	
BIBLIOTECA	☒	DIANA LORENA SASTRE CAICEDO	
OTRO	☐	NO APLICA	
OTRO	☐	NO APLICA	
SUPERVISOR DE CONTRATO	☒	FLOR ANGELA BASTIDAS DIAZ	

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

OTROS:

Firma del Contratista

	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) TORRES GIL AIDEE identificado(a) con CC. 39759365 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 1 de Diciembre de 2025 a las 11:32:42

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.

