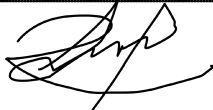


<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO NACIONAL DE HOTELERÍA, TURISMO Y ALIMENTOS- 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 2025
			Versión		ENERO - 2.25
			ID de Proceso		69349-648976
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos:		JULIAN HERNAN RAMIREZ RIVERA		Banco a consignar: DAVIVIENDA	
Cédula de Ciudadanía		1.018.465.522		Tipo de cuenta: AHORROS	
Correo electrónico:		julian.ramirez556@misena.edu.co		Número de Cuenta: 0550005100153740	
IP/N° de contacto:		0		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 NO	
¿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:		7631154/2025		N° Compromiso SIIF 24425	
				Número de pagos durante la vigencia del contrato 10	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Contratar la prestación de servicios como Instructor de Formación Profesional Integral en el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), con el fin de desarrollar actividades de enseñanza, aprendizaje y evaluación en el marco de los programas de formación profesional titulada o complementaria del Centro Nacional de Hotelería Turismo y alimentos, sedes y subsedes, en las modalidades			
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del		01/12/2025		Al 23/12/2025	
Número de pago		10		Saldo Anterior del Contrato: \$ 3.526.292	
Valor Bruto Pago:		\$ 3.526.292,00		Valor Total del Contrato: \$ 43.235.404	
				Nuevo Saldo del Contrato: \$ 0	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios		\$ 3.526.292		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		\$ 3.526.292		Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.329.592		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
		Diciembre		Noviembre	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		91825465/919	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.423.500		\$ 1.839.804	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 178.000		\$ 230.000	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 227.800		\$ 294.400	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0	
ARL II		\$ 14.900		\$ 19.300	
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		\$ -			
Salud hasta \$ 796.784		\$ -			
Renta Exenta 25% \$32.784.341		\$ 776.000			
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 8.735.000					
Retención en la Fuente Contingente		\$			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA 2.329.592,00	
				Base retención en la fuente a titulo de ICA 3.120.492,00	
				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 30.144,00 0,966%	
				0,00 0%	
				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 \$3.496.148,00	
SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CIENTO CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
1) Ejecuté las actividades de formación profesional integral asignadas en mi programación.					
2) Cumplí con las normas, reglamentos e instrucciones del SGSST del SENA.					
3) Usé en debida forma las claves asignadas para el ingreso a los sistemas de informacion y gestión del SENA.					
4) Mantuve actualizados los sistemas de información					
6) Presenté el informe mensual de ejecución del contrato					
7) Atendí la formación de aprendices en el área de bilinguismo					
8) Apliqué normas, procesos y metodologías pedagógicas y los protocolos institucionales en la ejecución de la formación.					
10) Preparé, orienté, desarrollé, apoyé y evalué procesos de aprendizaje con estrategias para el aprendizaje					
11) Desarrollé mecanismos que facilitan la reflexión, la innovación, el espíritu investigativo, la creatividad y la autoevaluación					
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					
				JULIAN HERNAN RAMIREZ RIVERA 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.				ANTONIO JOSE SANCHEZ SUAREZ INSTRUCTOR G17	
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)					

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	27/11/2025	91825465	\$543.700	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	230.000	0		0		0	0	0	0	230.000	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
231001	Colfondos	800227940-6	294.400	0	0	0	0	0	0		294.400	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	19.300				19.300	0	0	19.300			193	19.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	230.000	230.000
Pensión	1	294.400	294.400
Riesgos Laborales	1	19.300	19.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	543.700	543.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1018465522	JULIAN HERNAN RAMIREZ RIVERA		Calle 37 #28a-20	3214924438	julianhernan12@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-11	2025-11	I	27/11/2025	91825465	\$543.700

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Excedente	Colom exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IOE	IVA	VAC	AVP	VCT	RL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1018465522	RAMIREZ RIVERA JULIAN HERNAN	59	0		N																	231001	1.839.805	294.400	0	0		0	0	EPS017	1.839.805	230.000	14-23	1.839.805	2	19.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

La empresa **JULIAN HERNAN RAMIREZ RIVERA**, identificada con **CC** número **1018465522**, aportó por **JULIAN HERNAN RAMIREZ RIVERA** identificado(a) con **CC** número **1018465522** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 11 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	I	N	G	R	E	D	E	T	A	D	A	P	P	V	S	S	L	N	S	I	G	M	A	C	V	A	V	C	P	I	R	P	CORRECCIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APOORTE	COTIZACIÓN Y/O APOORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
231001	Colfondos	59																															0	30	\$1,839,805	0.16000	\$294,400	\$0	\$0	Noviembre - 2025	91825465	27/11/2025	NO		
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	59																															0	30	\$1,839,805	0.12500	\$230,000	\$0	\$0	Noviembre - 2025	91825465	27/11/2025	NO		
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59																															0	30	\$1,839,805	0.01044	\$19,300	\$0	\$0	Noviembre - 2025	91825465	27/11/2025	NO		

PAGADA

El presente certificado se expide a los 2 días del mes Diciembre de 2025

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	02/12/2025	91901208	\$420.700	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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	14.900				14.900	0	0	14.900			149	14.900	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	14.900	14.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	420.700	420.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1018465522	JULIAN HERNAN RAMIREZ RIVERA		Calle 37 #28a-20	3214924438	julianhernan12@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-12	2025-12	I	02/12/2025	91901208	\$420.700

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjugo	Exonerado	Colom. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1018465522	RAMIREZ RIVERA JULIAN HERNAN	59	0		N																			231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	2	14.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

La empresa **JULIAN HERNAN RAMIREZ RIVERA**, identificada con **CC** número **1018465522**, aportó por **JULIAN HERNAN RAMIREZ RIVERA** identificado(a) con **CC** número **1018465522** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 12 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	I	N	G	R	E	D	E	T	A	D	A	P	P	V	S	L	S	I	G	M	A	V	A	V	C	P	I	R	P	CORRECCIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APOORTE	COTIZACIÓN Y/O APOORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
231001	Colfondos	59																											0	30	\$1,423,500	0.16000	\$227,800	\$0	\$0	Diciembre - 2025	91901208	02/12/2025	NO			
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	59																											0	30	\$1,423,500	0.12500	\$178,000	\$0	\$0	Diciembre - 2025	91901208	02/12/2025	NO			
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59																											0	30	\$1,423,500	0.01044	\$14,900	\$0	\$0	Diciembre - 2025	91901208	02/12/2025	NO			

PAGADA

El presente certificado se expide a los 2 días del mes Diciembre de 2025

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.



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: Julian Hermann Ramírez Rivera

IDENTIFICACIÓN

CIUDAD Bogotá FECHA dic-25 REGIONAL Distrito Capital IDENTIFICACIÓN 1.018.465.522

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 7631154 de 2025

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO

☒

CESIÓN

LIQUIDACIÓN ANTECIPADA POR MUTUO ACUERDO

TERMINACIÓN UNILATERAL

DEPENDENCIA SENA

Marcar con X

RESPONSABLES

GESTIÓN DE TIC

☒

NOMBRES Y APELLIDOS

EDGAR ANDRES MARQUEZ

FIRMA

ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS

☒

MARIA CAMILA MENDOZA

ENTREGA CARRÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación)

☒

JESSICA GUSTIN HERNANDEZ

SECRETARÍA GENERAL

ALMACÉN E INVENTARIOS

☒Generar reporte de <https://milenventario.sena.edu.co/inicio.aspx> y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo.

SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio, Contratación)

☒

FREDDY HERNAN RODRIGUEZ RUEDA

CONTABILIDAD

☒

DERLY ANGELICA AVARADO

TESORERÍA

COORDINACIÓN DE ÁREA/GRUPO/ACADEMIA

☒

Antonio Sánchez Suarez

BIBLIOTECA

☒

DIANA LORENA SASTRE

OFFICE

☒

SANDRA MARIA MENDEZ LASSO

ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA

☒

DIANA MARCELA HUILLADO MUÑOZ

SUPERVISOR DE CONTRATO

☒

Antonio Sánchez Suarez

ELEMENTOS PARTIANTES DE 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 documento 1018465522 NO ha sido registrado en la Base de Datos y por tanto NO registra bienes a cargo.



Fecha de emisión del reporte: 3 de Diciembre de 2025 a las 15:03:24

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.