

 <b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</b>	<b>FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)</b>		<b>Código Regional</b>	<b>11</b>
	<b>REGIONAL DISTRITO CAPITAL</b>		<b>Código Centro</b>	<b>921010</b>
	<b>CENTRO DE ELECTRICIDAD Y ELECTRÓNICA- BTÁ D.C.</b>		<b>Fecha Elaboración</b>	<b>Diciembre de 2025</b>
	<b>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1</b>		<b>Versión</b>	<b>ENERO - 2.25</b>
			<b>ID de Proceso</b>	<b>22390-218566</b>
<b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>				
<b>Nombres y apellidos:</b>	CARLOS ANDRES NIETO PRADO		<b>Banco a consignar:</b>	BANCO CAJA SOCIAL
<b>Cédula de Ciudadanía</b>	80.115.981		<b>Tipo de cuenta:</b>	AHORROS
<b>Correo electrónico:</b>	cnietop@sena.edu.co		<b>Número de Cuenta:</b>	24141820550
<b>IP/Nº de contacto:</b>			<b>Presta Servicios Excluidos de IVA:</b>	NO
<b>Inducción SST:</b>	SI		<b>Pertenece al régimen simple de tributación:</b>	NO
<b>Régimen del IVA:</b>	NO RESPONSABLE		<b>Es declarante de renta por el año gravable 2024</b>	SI
<b>¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?</b>				NO
<b>Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000</b>				NO
<b>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)</b>				NO
<b>¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?</b>				NO
<b>Concepto del pago corresponde a:</b>				Ninguno
<b>TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.</b>				0,00%
<b>DATOS DEL CONTRATO</b>				
<b>Nº del contrato:</b>	8218198/2025	<b>Nº Compromiso SIIF</b>	110125	<b>Número de pagos durante la vigencia del contrato</b>
<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b> (Descripción del servicio prestado)				
INSTRUCTOR:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LOS DIFERENTES NIVELES DE ACUERDO A LAS COMPETENCIAS REQUERIDAS EN CADA UNO DE LOS PROGRAMAS OFERTADOS DE FORMACIÓN TITULADA.				
<b>DATOS PERIODO DEL PAGO</b>				
<b>Del</b>	01/12/2025	<b>Al</b>	17/12/2025	<b>Saldo Anterior del Contrato:</b>
<b>Número de pago</b>	5			<b>Valor Total del Contrato:</b>
<b>Valor Bruto Pago:</b>	<b>\$ 1.303.196,00</b>			<b>Nuevo Saldo del Contrato:</b>
				<b>\$ 0</b>
<b>RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>				
<b>Ingresos por honorarios</b>	\$ 1.303.196		<b>Ninguno</b>	0,00%
<b>Ingresos por comisiones</b>	\$ 0		<b>Retención en la Fuente del Periodo</b>	\$ 0
<b>Ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>	\$ 0			
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 1.303.196</b>		<b>Menos, Retefuente Otros Ingresos</b>	\$ 0
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 646.696</b>		<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>
<b>LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</b>				
	<b>Diciembre</b>	<b>Noviembre</b>	<b>Base retención en la fuente a título de RENTA</b>	646.696,00
<b>Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS</b>	-----	<b>92074891</b>	<b>Base retención en la fuente a título de ICA</b>	897.396,00
<b>Ingreso Base de Cotización - IBC</b>	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	<b>Valor base IVA</b>	0,00
<b>Aporte obligatorio a seguridad social salud</b>	\$ 178.000	\$ 178.000	<b>IVA (Si es RESPONSABLE)</b>	0,00
<b>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión</b>	\$ 227.800	\$ 227.800	<b>Menos Retención en la Fuente</b>	0,00
<b>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional</b>	\$ -	\$ 0	<b>Menos Retención IVA</b>	0,00
<b>ARL</b>	<b>III</b>	\$ 34.700	<b>Reteica - 8299 - BOGOTÁ</b>	8.669,00
<b>Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>	\$ -	\$ -		0,00
<b>Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>	\$ -	\$ -		0,00
<b>Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>	\$ -	\$ -		0,00
<b>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias</b>	\$ -	\$ -		0,00
<b>Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC</b>	\$ -	\$ -	<b>Otras Retenciones</b>	0,00
<b>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias</b>	\$ -	\$ -	<b>Otras Retenciones</b>	0,00
<b>Intereses Prestamo de Vivienda</b>	\$ -	\$ -	<b>Otras Retenciones</b>	0,00
<b>Dependientes hasta</b>	\$ -	\$ -	<b>Otras Retenciones</b>	0,00
<b>Salud hasta</b>	\$ 796.784	\$ -	<b>Otras Retenciones</b>	0,00
<b>Renta Exenta 25%</b>	\$ 16.392.170	\$ 216.000	<b>Otras Retenciones</b>	0,00
<b>Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.</b>	\$ 1.496.000			0,00
<b>Retención en la Fuente Contingente</b>	\$ -	\$ -	<b>Descuentos de embargo (Si tiene)</b>	0,00
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$1.294.527,00</b>
<b>SON: UN MILLÓN DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS VEINTISIETE PESOS M/CTE</b>				
<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>				
Se socializa en clase la practica TALLER - MANEJO DE AUDITORÍAS EN SALUD				
Se realiza retroalimentación en clase de la practica TALLER - MANEJO DE AUDITORÍAS EN SALUD				
Se realiza retroalimentación de la practica: TALLER -EVALUACION DE TECNOLOGIA EN SALUD, plan de mejoramiento, trimestre ficha 2875957				
Se diligencia el informe de actividades y la planilla de seguimiento diario				
Se cumple con las normas establecidas en el sistema de seguridad y salud en el trabajo durante el periodo				
Se asiste a la reunión para el evento PAT- El Poder de Innovar: Tendencias Tecnológicas que Marcan el Camino - ASOCIACIÓN COLOMBIANA D				
Se diligencia y entrega el informe de ejecución de actividades del mes de diciembre				
Se realiza la custodia de los bienes asignados en condiciones optimas				
Se da respuesta a las solicitudes de la entidad en formación tutorías y acompañamiento del aprendiz.				
<b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b>				
1. Cumpli 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			 <b>CARLOS ANDRES NIETO PRADO</b> <b>EL CONTRATISTA</b>	
<b>CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>				
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 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.			<b>Autorizo</b> el presente pago. El Supervisor,  <b>ANDRES CAMILO QUINTERO SANTOS</b> <b>INSTRUCTOR G12</b>	
<b>Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</b> <b>EL ORDENADOR DEL PAGO</b> <b>LINA SAMARIS SILVA BELTRAN</b> <b>SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)</b>				

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80115981	CARLOS ANDRES NIETO PRADO		CARERA 6B E No 32-57	3102657794	ing.biomedic@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
						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	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	09/12/2025	92074891	\$697.900	

## 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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	282.000	0		0		0	0	0	0	282.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	360.900	0	0	0	0	0	0	0	360.900	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	55.000				55.000	0	0	55.000			550	55.000	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
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	282.000	282.000
Pensión	1	360.900	360.900
Riesgos Laborales	1	55.000	55.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>697.900</b>	<b>697.900</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80115981	CARLOS ANDRES NIETO PRADO		CARERA 6B E No 32 - 57	3102657794	ing.biomedic@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
						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	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-11	2025-11	I	09/12/2025	92074891	\$697.900	

DETALLE POR COTIZANTE																																													
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	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	80115981	NIETO PRADO CARLOS ANDRES	59	0	N																		25-14	2.255.218	360.900	0	0	0	0	EPS008	2.255.218	282.000	14-23	2.255.218	3	55.000		0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80115981	CARLOS ANDRES NIETO PRADO		CARERA 6B E No 32 - 57	3102657794	ing.biomedic@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
						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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	18/12/2025	92444754	\$440.500	

## 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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	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	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	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
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA







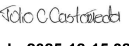

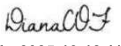




Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>440.500</b>	<b>440.500</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80115981	CARLOS ANDRES NIETO PRADO		CARERA 6B E No 32 - 57	3102657794	ing.biomedic@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
						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		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	1	18/12/2025	92444754	\$440.500		


DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCION	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	80115981	NIETO PRADO CARLOS ANDRES	59	0			N								X									25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

						Versión: 05	
						Código: GTH- F- 074	
<b>Proceso Gestión del Talento Humano</b>							
<b>Formato entrega de bienes e información de ejecución contractual por el contratista</b>							
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: NIETO PRADO CARLOS ANDRÉS						IDENTIFICACIÓN	
CIUDAD	Bogotá	FECHA	2025-12-12 11:09:33	REGIONAL	Distrito Capital	80115981	
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:			Cra 30 No 17-25				
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:		8218198/2025					
<b>CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO</b>							
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	GAITÁN CÓRDOBA JESÚS ALBERTO				 Firmado:2025-12-18 09:17:21	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	X	RUEDA MELO LUÍS ARTURO				 Firmado:2025-12-15 15:37:27	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL	X	RINCÓN BARBOSA BRAYAN ALBERTO				 Firmado:2025-12-15 15:34:18	
ALMACÉN E INVENTARIOS		Generar reporte de <a href="https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx">https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx</a> y anexar al formato					
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)	X	REY SÁNCHEZ JORGE ALEXANDER				 Firmado:2025-12-15 15:35:42	
CONTABILIDAD	X	GUEVARA CARDONA VÍCTOR DANIEL				 Firmado:2025-12-16 11:02:55	
TESORERIA	X	CASTAÑEDA PÉREZ JULIO CESAR				 Firmado:2025-12-15 08:12:28	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA	X	QUINTERO SANTOS ANDRÉS CAMILO				 Firmado:2025-12-18 11:59:44	
BIBLIOTECA	X	OVALLE FERNANDEZ DIANA CAROLINA				 Firmado:2025-12-12 11:49:02	
OTRO-CENTRO LOGÍSTICO	X	PELÁEZ GIRÓN JULIO CÉSAR				 Firmado:2025-12-12 13:26:38	
OTRO-AMBIENTE GLOBAL	X	GONZALEZ BASTO PAULA MELISSA				 Firmado:2025-12-12 14:14:56	
SUPERVISOR DE CONTRATO	X	QUINTERO SANTOS ANDRÉS CAMILO				 Firmado:2025-12-18 12:00:15	
ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)							
OTROS : _____							
						 Firma del Contratista	

-Paz y Salvo solicitado por:CONTRATISTA

Nota: Las firmas, fecha e información de este paz y salvo, serán verificadas en la Plataforma por el CEET

	Versión: 05	
	Código: GTH- F- 074	
<b>Proceso Gestión del Talento Humano</b>		
Formato entrega de bienes e información de ejecución contractual por el contratista		
<b>INSTRUCCIONES PARA OBTENER LIQUIDACIÓN</b>		
<b>1. Procesos a realizar para el Grupo Almacén e Inventarios.</b>		
<b>GRUPO DE ALMANECES E INVENTARIOS</b>	<b>ENTREGO</b>	
	SI	NO
Equipo de computo con sus accesorios ( impresora y escaner)		
Equipos de comunicación (fijos y movilies)		
Moviliario ( Sillas, escritorios, archivadores, locker, decansa pies, base para computador, tablero, entre otros)		
Útiles y accesorios de escritorio (cosedora, perforadora, USB devolutivo)		
Equipo de video conferencia: video beam, televisores o monitores (con sus accesorios)		
Demás elementos que le hayan sido entregados para el desempeño de sus funciones		
Apertura cuentas de responsabilidad por faltantes		
Cuenta de Responsabilidad Número:0		
Fecha: 0 - -		
<p>2. Procedimiento Oficina de Sistemas El supervisor del contrato debe registrar el requerimiento en la Mesa de Servicios y relacionar el número del caso en la casilla de la Oficina de Sistemas. (Puede relacionar en un requerimiento a varios cuenta dantes, lo importante es especificar el nombre y la cedula de cada uno de los que finalizan el contrato). Para los responsables en los centros de formación se sugiere que lo firme el encargado de sistemas en representación del grupo el procedimiento sería similar.</p>		

**Nota:** Las firmas, fechas e información de este paz y salvo, serán verificadas en la Plataforma por el CEET



**Proceso Gestión del Talento Humano**  
**Formato entrega de bienes e información de ejecución contractual por el contratista**

Versión: 05

Código:  
GTH- F- 074

**INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO**

**NO IMPRIMIR**

**1. Generalidades**

- 1) El objetivo de este formato es que lo contratistas realicen entrega de bienes e información en el marco de la ejecución contractual.
- 2) Lo diligencian y trámitan los contratistas en cada una de las áreas correspondientes.
- 3) Se le entrega al supervisor del contrato.

**2. Instrucciones para diligenciar las casillas**

NOMBRE DE LA CASILLA	INSTRUCCIONES	TENER EN CUENTA
Nombres y Apellidos del contratistas	Registrar nombre completo del contratista	
Ciudad	Hace referencia a la ciudad donde se ejecutó el contrato.	
Fecha	Fecha de diligenciamiento del contrato	
Regional	Regional donde se ejecutó el contrato	
Identificación	No. de identificación	
Dirección u oficina	Donde se ejecutó el contrato:	
Número y fecha de contrato	Número del contrato consultarlo en SECOP	
Causal de terminación del contrato	Seleccionar alguna de las opciones: Liquidación por mutuo acuerdo, Cesión, Liquidación Anticipada por mutuo acuerdo, Terminación unilateral	
Dependencia SENA	Dependencia que entrega el visto bueno frente a la entrega de bienes o información	
Responsables	Nombres, apellidos y firma del responsable del área que entrega el visto bueno	
Elementos faltantes u obligaciones pendientes	Relacionar con su respectivo valor	
Firma del contratista	Firma del contratista quien entrega los bienes o información relacionada con la ejecución del contrato en refe	

**Nota:** Trámitar el documento con la hoja 1 de entrega de bienes y la hoja de instrucciones de liquidación.



	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. 80115981 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:

- 119210100000590

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: 18 de Diciembre de 2025 a las 15:13:44