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 DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD- BTÁ D.C.

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

| | |
|---|---|
| Código Regional | 11 |
| Código Centro | 940310 |
| Fecha Elaboración | Diciembre de 2025 |
| Versión | ENERO - 2.25 |
| ID de Proceso | 31738-291097 |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombres y apellidos: | ELBA CELINA PEREZ FAURA | Banco a consignar: | BANCO CAJA SOCIAL |
| Cédula de Ciudadanía | 39.530.418 | Tipo de cuenta: | AHORROS |
| Correo electrónico: | elbacelinap@sena.edu.co | Número de Cuenta: | 26501101439 |
| IP/Nº de contacto: | | 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? | SI |
| 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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nº del contrato: | 7410715/2025 | Nº Compromiso SIIF | 7325 | Número de pagos durante la vigencia del contrato | 11 |

| | |
|---|---|
| OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR:PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL PROGRAMADA POR EL CENTRO DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD EN LA RED DE CONOCIMIENTO SALUD EN LAS ÁREAS TEMÁTICAS DE SALUD PÚBLICA, APOYO |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Del | 01/12/2025 | Al | 23/12/2025 | Saldo Anterior del Contrato: | $ 2.859.120 |
| Número de pago | 11 | | | Valor Total del Contrato: | $ 38.598.120 |
| Valor Bruto Pago: | | $ 2.859.120,00 | | Nuevo Saldo del Contrato: | $ 0 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 2.859.120 | 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 | $ 2.859.120 | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE | $ 1.624.255 | 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 | | ---------- | 91477135 |
| Ingreso Base de Cotización - IBC | | $ 1.423.500 | $ 1.423.500 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 178.000 | $ 178.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 0 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL | III | $ 34.700 | $ 34.700 |
| 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 | | $ - | |
| Salud hasta | $ 796.784 | $ 480.165 | |
| Renta Exenta 25% | $ 36.062.775 | $ 542.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 7.178.000 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 1.624.255,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 2.681.120,00 | |
| 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 | 25.900,00 | 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 | $2.833.220,00 | |

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL DOSCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

EJECUTO PRACTICA CON GRUPO III Y IV DE FICHA ASIGNADA EN SALA DE PARTOS DEL HSJI SE ASISTE A TODAS LAS AREAS TRABAJO DE PARTO, PARTO CESAREAS, POSTPARTO, ADAPTACION DEL RECIEN NACIDO CON EJECUCION DE ACTVIDADES ASISITENCIALES, CANALZIACION VENOSO, PASO DE SONDA, SE REALZIA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN TODAS LAS ARES, SE PREPARAN INFUSION DE OXITOCINA EN CADA AREA, MANEJO DE PREECLAMPSIA CON PREPARACION DE SULFATO DE MAGNESIO. SE REALZIA LA ADAPTACION DE RECIEN NACIDO DONDA CADA UNO TORA Y ASISTE ADAPATACION CON ADMI NISTRACION DE PROFILAXIS UMBILICAL, OFTALMICA, LIGADURA Y CORTE DE CORDON UMBILICAL, ADMINISTRAN VITAMINA K. SE REALZIA CHARLA DE PUERICULTIRA, LACTANCIA MATERNA, TALLER A MADRES EN TECNICAS DE LACTANCIA, ASISNTEN VACUNACION DEL RECIEN NACIDO. CADA DIA TIENEN GRANDES OPORTUNIDADES ASISTENCIALES. LOS APRENDICES REALZIAN VALORACIONES EN CADA AREA, REGISTROS DE ENFERMERIA Y VALORACION DE CHOQUE. SE EVALUAN REGISTROS DIARIOS Y FINALES CON DOCUMENTO RUBRICA. REALZIAN EVIDENCIA DE CONOCIMIENTOS CON EXCELENTE RESULTADO EL ULTIMO DIA EVALUO EVIDENCIA DE DESEMPEÑO CON CADA APRENDIZ Y SE ASISTE A COMITE DOCENCIA SERVICIO CON EL HOSPITAL SAN JOSE INFANTIL

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

ELBA CELINA PEREZ FAURA
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,

EDINSON ELJADUE CASTILLA
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 SALGAR RAMÍREZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

07/12/25 10:26:49 USUARIO: SIC - C.C. 39530418

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** ELBA CELINA PEREZ FAURA
**No. Identificación:** CC39530418
**Dirección:** CARRERA 62 NO. 64 - 75 APT 120 TORRE 5
**Telefono:** 6410003
**Correo:** ELPERFAURA@HOTMAIL.COM
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 91477135

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | ELBA CELINA PEREZ FAURA |
| **Tipo y número de identificación** | CC39530418 |
| **Número de planilla** | 91477135 |
| **Fecha pago** | 2025-11-18 |
| **Número de autorización pago** | 2094414 |
| **Banco** | 1083 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | noviembre de 2025 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | noviembre de 2025 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 241200 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-23 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 34700 | 1 |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 28500 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 178000 | 1 |

91477135

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 39530418
APELLIDOS Y NOMBRES: ELBA CELINA PEREZ FAURA

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | | 1423500 | 0 | 1423500 | 1423500 | 178000 | 0 | 0 | 0 | 34700 | 28500 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** ELBA CELINA PEREZ FAURA
**No. Identificación:** CC39530418
**Dirección:** CARRERA 62 NO. 64 - 75 APT 120 TORRE 5
**Telefono:** 6410003
**Correo:** ELPERFAURA@HOTMAIL.COM
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 91859845

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | ELBA CELINA PEREZ FAURA |
| **Tipo y número de identificación** | CC39530418 |
| **Número de planilla** | 91859845 |
| **Fecha pago** | 2025-12-01 |
| **Número de autorización pago** | 2102221 |
| **Banco** | 1083 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | diciembre de 2025 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | diciembre de 2025 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 241200 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-23 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 34700 | 1 |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 28500 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 178000 | 1 |

91859845

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 39530418
APELLIDOS Y NOMBRES: ELBA CELINA PEREZ FAURA

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | | 1423500 | 0 | 1423500 | 1423500 | 178000 | 0 | 0 | 0 | 34700 | 28500 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | salud
Plan Complementario

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860.066.942-7**

**CERTIFICA QUE**

El(la) señor(a) ELBA CELINA PEREZ FAURA identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 39530418, registra como contratante del Plan PC ESPECIAL CON POS con los siguientes afiliados:

| Nombre | Identificación | Parentesco | Estado | Plan | Vigencia |
|---|---|---|---|---|---|
| ELBA CELINA PEREZ FAURA | CC - 39530418 | TR | Vigente a la fecha | PC ESPECIAL CON POS | Desde 20250801 Hasta 20260731 |
| ANDREA CAROLINA BARRETO PEREZ | CC - 1010221253 | HI | Vigente a la fecha | PC ESPECIAL CON POS | Desde 20250801 Hasta 20260731 |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 13 días del mes de diciembre de 2025.

**Observaciones:**

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-PAS 13648535

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860.066.942-7**

## CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ELBA CELINA PEREZ FAURA identificado(a) con Cedula Ciudadania 39530418, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Pensionado según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro |
|---|---|
| 20220406 | No Registrada |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 13 días del mes de Diciembre de 2.025

**Observaciones:**

**Con destino a:**
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
30879476

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

Protección

Bogotá, 31 de marzo de 2022

Apreciado
ELBA CELINA PEREZ FAURA
CC 39530418
cra 62 #64 - 75 apto 1120 torre 5
Telefono 3203794506
BOGOTÁ, D.C., BOGOTÁ, D.C.

En Protección estamos para guiarte en cada paso del camino hacia la materialización de tus metas, por lo que nos complace notificarte el **Reconocimiento de la Pensión de Vejez Anticipada**, solicitada ante nuestra entidad.

De acuerdo con el análisis efectuado para determinar el derecho a la prestación económica, la misma será reconocida a partir 01-mar-2022.

Bajo la modalidad de **Retiro Programado**, el detalle de la prestación reconocida es:

| | | |
|---|---|---|
| Valor Mesada Pensional* | 2.203.907,15 | 13 mesadas por año |
| Valor Retroactivo ** | **2.203.907,15** | Desde 01-mar-2022 Hasta 30-mar-2022 |

*Del valor de la mesada pensional se descontará:

| | |
|---|---|
| - Descuento Fondo Solidaridad Pensional - FSP | Ver anexo 2- Artículo 8 Ley 797 de 2003 |
| Descuento para cotización a la EPS (Entidad Promotora de salud | Ver anexo 1 |

***Del pago retroactivo anteriormente mencionado se realizará el descuento del aporte al Sistema General de Seguridad Social en Salud dando cumplimiento a la Resolución 2388 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social.*

Los beneficiarios que se tuvieron en cuenta para la definición de tu pensión son:

**Sin beneficiarios de ley.**

Es importante recordar que la modalidad que seleccionaste es Retiro Programado sin Negociación por lo que, es importante tener en cuenta que, como consecuencia de las actualizaciones de tu historia laboral, el valor del bono pensional a la fecha de la redención normal puede ser diferente al valor con el que se calculó inicialmente generando un recalculo de la pensión.

Adicionalmente, es importante que tenga en cuenta que los excedentes de libre disponibilidad se calcularán



Scanned with CamScanner

únicamente en el momento en que el bono pensional se encuentre redimido como es indicado en la Circular 013 de 2012 de la Superintendencia Financiera.

Cabe advertir, que a partir del momento en que el bono pensional a cargo de la Nación y de COLPENSIONES sea pagado por las entidades competentes, se acreditará en la cuenta de ahorro individual para completar el capital que financie la pensión.

Para garantizar el ingreso a la nómina de pensionados, te invitamos a consultar el Anexo 1 - Reconocimiento Pensión de Vejez en donde encontrarás los pasos a seguir; así mismo, todas las consideraciones legales para la determinación del derecho a la prestación reconocida en esta notificación en el Anexo 2 - Consideraciones Legales.

**Es importante que registres directamente ante tu EPS la novedad de tu condición como pensionado,** considerando lo establecido en el artículo 2.1.6.5 del Decreto 780 de 2016 (Decreto Reglamentario del Sector Salud y Protección Social), realizar este cambio es necesario para garantizar la presentación del servicio de salud, y queda bajo la responsabilidad del pensionado.

Ten en cuenta que, si en la actualidad tienes una relación laboral activa, informaremos del reconocimiento de esta prestación a tu empleador.

**En caso de encontrarte en desacuerdo con esta notificación, puedes presentar una solicitud de reconsideración, por escrito, a través de nuestros canales de servicio.** No dudes en comunicarte con nosotros a nuestra línea de servicio en Bogotá 7444464, Medellín y Cali 5109099, Barranquilla 3197999, Cartagena 6424999 o a nivel nacional 01 8000 52 8000 a través de un fijo, o ingresando a www.proteccion.com

Agradecemos la confianza depositada en nosotros durante estos años y te reiteramos nuestro deseo de seguir acompañándote en tu camino.

Cordialmente,

**Equipo Definición de Beneficios Pensionales**
**Proteccion S.A.**

Analizo: MADVANCE



Scanned with CamScanner

**Importante,**

De acuerdo con lo establecido en la Ley 1204 de 2008, en caso de su fallecimiento, la pensión le será sustituida, de manera provisional, a quienes ha señalado como sus beneficiarios para el reconocimiento y cálculo de esta pensión, y cuyos nombres y parentescos fueron enunciados en la primera parte de este documento.

Acepto,

**ELBA CELINA PEREZ FAURA**
**CC 39530418**

Huella

**Nota:**
*En caso de cambio y/o retiro de los beneficiarios, deberá informarlo a PROTECCION S.A. a través de comunicación escrita, adjuntando los respectivos documentos que acrediten el ingreso o retiro de beneficiarios. De no hacerlo, la ley 1204 de 2008 establece en favor de la cónyuge supérstite o compañero(a) permanente del anterior reporte, la presunción legal de no haberse separado de él o ella por su culpa.*

*Debe tener en cuenta que adicional a esta solicitud, los beneficiarios deberán presentar en su oportunidad la solicitud de sustitución definitiva, acompañando el registro civil de defunción y esta constancia de presentación de la solicitud de traspaso provisional de la pensión.*



Scanned with CamScanner

| | |
|---|---|
| | 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: ELBA CELINA PEREZ FAURA** | | | | | | **IDENTIFICACIÓN** |
| **CIUDAD** | BOGOTA D.C. | **FECHA** | **23/12/2025** | **REGIONAL** | **DISTRITO CAPITAL** | **39.530.418** |
| **DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:** | | | **Carrera 6 # 45 52, Centro De Formación De Talento Humano En Salud** | | | |
| **NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:** | | | **No CO1.PCCNTR.7410715 DE 2025** | | | |

## 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 | **MIGUEL ANGEL CEPEDA DUARTE** | |
| ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS | X | **MARIA PAULA MORALES SARMIENTO** (Solo para administrativos) | |
| ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL | X | **Edinson Eljadue Castilla** | |
| 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) | X | **YEBRAIL DURAN AVILA** | |
| CONTABILIDAD | X | **NATALIA STEFFANIA MONTENEGRO/ LUZ KARIME LOPEZ** | |
| TESORERIA | X | **DIANA MARCELA CARMONA** | |
| COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA | X | **Edinson Eljadue Castilla** | |
| BIBLIOTECA | X | **ROSA TULIA MOLANO O LEONOR JIMENEZ CUELLAR** | |
| AULA DE SIMULACIÓN | X | **EDINSON ELJAUDE CASTILLA** | |
| OTRO | | | |
| SUPERVISOR DE CONTRATO | X | **Edinson Eljadue Castilla** | |

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

OTROS : _____

Elba Perez

Firma del Contratista

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el documento 395304180 NO ha sido registrado en la Base de Datos y por tanto NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 15 de Diciembre de 2025 a las 10:51:43

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.