



**FORMATO PARA LIQUIDACION PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)**

REGIONAL SANTANDER

CENTRO DE ATENCION SECTOR AGROPECUARIO-SANTANDER

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

|                          |                             |
|--------------------------|-----------------------------|
| <b>Código Regional</b>   | <b>68</b>                   |
| <b>Código Centro</b>     | <b>912210</b>               |
| <b>Fecha Elaboración</b> | <b>17 Diciembre de 2025</b> |
| <b>Versión</b>           | <b>ENERO - 2.25</b>         |
| <b>ID de Proceso</b>     | <b>92779-587587</b>         |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

|                                                                                                                                                     |                              |                                                        |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------|
| <b>Nombres y apellidos:</b>                                                                                                                         | HELIO MAURICIO DELGADO GOMEZ | <b>Banco a consignar:</b>                              | BANCOLOMBIA |
| <b>Cédula de Ciudadanía</b>                                                                                                                         | 1.101.685.351                | <b>Tipo de cuenta:</b>                                 | AHORROS     |
| <b>Correo electrónico:</b>                                                                                                                          | heliomauricio@misena.edu.co  | <b>Número de Cuenta:</b>                               | 81466416118 |
| <b>IP/N° de contacto:</b>                                                                                                                           |                              | <b>Presta Servicios Excluidos de IVA:</b>              | SI          |
| <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> | NO          |
| <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%       |

## DATOS DEL CONTRATO

|                                                                   |              |                                                                                                                                                                                                                                                  |       |                                                  |    |
|-------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------|----|
| Nº del contrato:                                                  | 7443634/2025 | Nº Compromiso SIIF                                                                                                                                                                                                                               | 23825 | Número de pagos durante la vigencia del contrato | 11 |
| <b>OBJETO CONTRACTUAL:</b><br>(Descripción del servicio prestado) |              | INSTRUCTOR: SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACION EN EL PROGRAMA DE ATENCION A LA POBLACION DESPLAZADA CONFORME A LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS DE CASA SENA REGIONAL SANTANDER POBLACION VULNERABLE PL 10 MESES VR MES \$4.599.510 |       |                                                  |    |

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

|                   |            |    |                 |                              |               |
|-------------------|------------|----|-----------------|------------------------------|---------------|
| Del               | 01/12/2025 | Al | 19/12/2025      | Saldo Anterior del Contrato: | \$ 2.913.023  |
| Número de pago    | 11         |    |                 | Valor Total del Contrato:    | \$ 45.995.100 |
| Valor Bruto Pago: |            |    | \$ 2.913.023,00 | Nuevo Saldo del Contrato:    | \$ 0          |

### RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

|                                            |                     |                                       |             |
|--------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------|-------------|
| Ingresos por honorarios                    | \$ 2.913.023        | Ninguno                               | 0,00%       |
| Ingresos por comisiones                    | \$ 0                | Retencion en la Fuente del Periodo    | \$ 0        |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ 0                |                                       |             |
| <b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>          | <b>\$ 2.913.023</b> | Menos, Retefuente Otros Ingresos      | \$ 0        |
| <b>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</b>    | <b>\$ 1.869.323</b> | <b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b> | <b>\$ 0</b> |

**LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR**

|                                                                                |              |            | Diciembre    | Noviembre       |                                               |                       |        |  |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|--------------|-----------------|-----------------------------------------------|-----------------------|--------|--|
| Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS                                     |              |            | -----        | 4630048571 - 46 | Base retención en la fuente a título de RENTA | 1.869.323,00          | TARIFA |  |
| Ingreso Base de Cotización - IBC                                               |              |            | \$ 1.423.500 | \$ 1.839.804    | Base retención en la fuente a título de ICA   | 2.913.023,00          |        |  |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                                    |              |            | \$ 178.000   | \$ 230.000      | Valor base IVA                                | 0,00                  |        |  |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                                  |              |            | \$ 227.800   | \$ 294.400      | IVA (Si es RESPONSABLE)                       | 0,00                  | 19%    |  |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional                            |              |            | \$ -         | \$ 0            | Menos Retención en la Fuente                  | 0,00                  | 0,00%  |  |
| ARL II                                                                         |              |            | \$ 14.900    | \$ 19.300       | Menos Retención IVA                           | 0,00                  | 15%    |  |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes                  |              |            | \$ -         | -               | Reteica - 8530 - PIEDECUESTA                  | 8.739,00              | 0,300% |  |
| 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                                                             |              |            | \$ -         | -               | Otras Retenciones                             | 0,00                  | 0,000% |  |
| Salud hasta                                                                    | \$ 796.784   | \$ -       |              |                 | Otras Retenciones                             | 0,00                  | 0,000% |  |
| Renta Exenta 25%                                                               | \$36.062.775 | \$ 623.000 |              |                 |                                               | 0,00                  |        |  |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | \$ 9.691.000 |            |              |                 | Descuentos de embargo (Si tiene)              | 0,00                  |        |  |
| Retención en la Fuente Contingente                                             |              |            | \$           |                 | <b>VALOR A PAGAR</b>                          | <b>\$2.904.284,00</b> |        |  |

**SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS CUATRO MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

|                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Durante el periodo objeto de cobro se realizaron las siguientes actividades:                  |
| Se impartió Formación Profesional Integral con población vulnerable en las siguientes fichas: |
| FICHA 3358262 - GESTION Y EDUCACION AMBIENTAL                                                 |

**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 suministrada es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí

HELIO MAURICIO DELGADO GOMEZ  
EL CONTRATISTA

**CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:</p> <p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p> <p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p> <p>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.</p> | <p><u>Autorizo</u> el presente pago.</p> <p>El Supervisor,</p> <p></p> <p><b>EDMUNDO GERSON MONTAÑEZ GONZALEZ</b></p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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  
ROSA INES BAEZ OVIEDO  
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |  |  |  |  |                       |  |  |  |  | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|-----------------------|--|--|--|--|--------------------------------|--|--|--|--|---------------------------------------------------|--|--|--|--|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      |  |  |  |  | CÉDULA DE CIUDADANÍA  |  |  |  |  | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:      |  |  |  |  | 1101685351                                        |  |  |  |  |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    |  |  |  |  | BUCARAMANGA           |  |  |  |  | DEPARTAMENTO:                  |  |  |  |  | HELIO MAURICIO DELGADO GOMEZ                      |  |  |  |  |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         |  |  |  |  | CLL 6N #4- 248 PISO 2 |  |  |  |  | TELÉFONO:                      |  |  |  |  | SANTANDER                                         |  |  |  |  |
| DIRECCIÓN:                                                                |  |  |  |  | 02-INDEPENDIENTE      |  |  |  |  | CLASE APORTANTE:               |  |  |  |  | I-INDEPENDIENTE                                   |  |  |  |  |
| TIPO APORTANTE:                                                           |  |  |  |  | PRIVADA               |  |  |  |  | ACTIVIDAD ECONOMICA:           |  |  |  |  | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |  |  |  |  |
| TIPO EMPRESA:                                                             |  |  |  |  | ÚNICO                 |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |  |  |  |  |                       |  |  |  |  | NO                             |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |

|                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| NÚMERO PLANILLA:         |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4635291296           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS |  |  |  |  |  |  |  |  |  | MES                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DÍAS DE MORA:            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | diciembre AÑO        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2025                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 0                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2025/12/15           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  | NÚMERO AUTORIZACIÓN: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 9995145536           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| 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 |
| 230301                  | 230301-PORVENIR | 1              | \$ 144.300 | \$ 0                | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0         | \$ 0       | \$ 0 | \$ 144.300 | \$ 0 | \$ 144.300   |
| SUBTOTALES:             |                 |                |            |                     |           |             |              |            |      | \$ 144.300 | \$ 0 | \$ 144.300   |

| 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 |  |
| EPS046                | EPS046-SALUD MIA EPS | 1              |                            | \$ 0  |                     | \$ 0  |               | \$ 0  | \$ 112.700  | \$ 0        | \$ 0       | \$ 0        | \$ 112.700 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 112.700   |  |
| SUBTOTALES:           |                      |                |                            |       |                     |       |               |       |             |             |            |             | \$ 112.700 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 112.700   |  |

| 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  | \$ 9.500    | \$ 9.500 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 9.500     |
| SUBTOTALES:                           |                                         |                |                     |       |                      |               |       |             | \$ 9.500 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 9.500     |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES |                |                              |                                     |                   |                |                 |            |            |                    |     |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |                 |          |            |            |              |              |           |          |                           |              |                      |          |            |            |      |            |                                         |      |            |           |             |              |       |          |      |                   |              |
|-------------------------------|----------------|------------------------------|-------------------------------------|-------------------|----------------|-----------------|------------|------------|--------------------|-----|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------------|-----|-----|-----|-----|-----------------|----------|------------|------------|--------------|--------------|-----------|----------|---------------------------|--------------|----------------------|----------|------------|------------|------|------------|-----------------------------------------|------|------------|-----------|-------------|--------------|-------|----------|------|-------------------|--------------|
| DATOS DEL COTIZANTE           |                |                              |                                     |                   |                |                 |            |            |                    |     | NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | SEGURIDAD SOCIAL |     |     |     |     |                 |          |            |            |              | PARAFISCALES |           |          |                           |              |                      |          |            |            |      |            |                                         |      |            |           |             |              |       |          |      |                   |              |
| Nº                            | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES                      | TIPO COTIZANTE                      | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET       | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA              | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN         |          |            |            | SALUD        |              |           |          | ARP                       |              |                      |          | DÍAS COT   | IBC        | CCF  |            | SENA                                    | ICBF | ESAP       | MINEDU    |             |              |       |          |      |                   |              |
|                               |                |                              |                                     |                   |                |                 |            |            |                    |     |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     | ADMIN           | DÍAS COT | IBC        | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD  | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN                | DÍAS COT |            |            | IBC  | COTIZACIÓN |                                         |      |            |           | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC  | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
| 1                             | CC 1101685351  | DELGADO GOMEZ HELIO MAURICIO | INDEPENDIENTE CONTRATO DE SERVICIOS |                   | \$ 1.423.500   |                 |            |            | NO                 |     | 19        |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     | 230301-PORVENIR | 19       | \$ 901.550 | \$ 144.300 | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0      | \$ 0     | Normal                    | \$ 144.300   | EPS046-SALUD MIA EPS | 19       | \$ 901.550 | \$ 112.700 | \$ 0 | \$ 112.700 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 19   | \$ 901.550 | 110168535 | \$ 9.500    | \$ 0         | \$ 0  | \$ 0     | \$ 0 | \$ 0              | \$ 0         |



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: HELIO MAURICIO DELGADO GOMEZ IDENTIFICACIÓN

CIUDAD PIEDECUESTA FECHA 17 de Diciembre de 2025 REGIONAL SANTANDER 1.101.685.351

DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO: CENTRO DE ATENCIÓN AL SECTOR AGROPECUARIO

NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO: CO1.PCCNTR.7443634

## CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO ☒ CESIÓN ☐ LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO ☐ TERMINACIÓN UNILATERAL ☐

DEPENDENCIA SENA Marcar con x RESPONSABLES

GESTIÓN DE TIC X NOMBRES Y APELLIDOS EDWIN RENE CORZO VALDES FIRMA

ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS X DUBBY SOLANGE ANGARITA RUIZ

ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL X EDWIN GERSON MONTAÑEZ GONZALEZ

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 DUBBY SOLANGE ANGARITA RUIZ

CONTABILIDAD

TESORERIA

COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ACADEMICA X EDWIN GERSON MONTAÑEZ GONZALEZ

BIBLIOTECA X ELIZABETH BALLESTEROS AMADO

OTRO

OTRO: APOYO PROGRAMA X

SUPERVISOR DE CONTRATO X EDWIN GERSON MONTAÑEZ GONZALEZ

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

OTROS :

Firma del Contratista

|                                                                                   |                                                                                                                                          |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|  | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA<br>PROCESO DE GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA<br>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) HELIO MAURICIO DELGADO GOMEZ identificado(a) con CC. 1101685351 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 17 de Diciembre de 2025 a las 15:41:52

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.