

 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		Código Regional		11						
			DESPACHO DIRECCION		Código Centro		101000						
			Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Fecha Elaboración		Diciembre de 2025						
					Versión		ENERO - 2.25						
					ID de Proceso		12868-519231						
DATOS DEL CONTRATISTA													
Nombres y apellidos:			YEYMY CAROLINA AVILA CANDELA			Banco a consignar:			BANCO CAJA SOCIAL				
Cédula de Ciudadanía			53.096.688			Tipo de cuenta:			AHORROS				
Correo electrónico:			ycavila@sena.edu.co			Número de Cuenta:			24131724903				
IP/Nº de contacto:						Presta Servicios Excluidos de IVA:			SI				
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													
Nº del contrato:			7634066/2025			Nº Compromiso SIIF			42625				
						Número de pagos durante la vigencia del contrato			10				
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)			Prestación de servicios profesionales de carácter temporal como abogado para apoyar jurídicamente los procesos de la gestión administrativa del SMA de la regional Distrito Capital, en la estructuración de los procesos de										
DATOS PERIODO DEL PAGO													
Del			01/12/2025			Al			30/12/2025				
Número de pago			10			Saldo Anterior del Contrato:			\$ 2.316.000				
Valor Bruto Pago:			\$ 2.316.000,00			Valor Total del Contrato:			\$ 23.160.000				
						Nuevo Saldo del Contrato:			\$ 0				
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO													
Ingresos por honorarios			\$ 2.316.000			Ninguno			0,00%				
Ingresos por comisiones			\$ 0			Retencion en la Fuente del Periodo			\$ 0				
Ingresos de otros meses cobrados en el mes			\$ 0										
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO			\$ 2.316.000			Menos, Retefuente Otros Ingresos			\$ 0				
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE			\$ 1.253.100			TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO			\$ 0				
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR													
			Diciembre		Noviembre		Base retención en la fuente a titulo de RENTA			1.253.100,00		TARIFA	
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS			-----		92170979		Base retención en la fuente a titulo de ICA			1.910.200,00			
Ingreso Base de Cotización - IBC			\$ 1.423.500		\$ 1.423.500		Valor base IVA			0,00			
Aporte obligatorio a seguridad social salud			\$ 178.000		\$ 178.000		IVA (Si es RESPONSABLE)			0,00		19%	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión			\$ 227.800		\$ 227.800		Menos Retención en la Fuente			0,00		0,00%	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional			\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA			0,00		15%	
ARL			\$ 7.500		\$ 7.500		Reteica - 8299 - BOGOTÁ			18.453,00		0,966%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes			\$ -							0,00		0%	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes			\$ -							0,00		0%	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes			\$ -							0,00		0%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias			\$ -							0,00		0%	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC			\$ -							0,00		0,000%	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias			\$ -							0,00		0,000%	
Intereses Prestamo de Vivienda			\$ -							0,00		0,000%	
Dependientes hasta			\$ 231.600							0,00		0,000%	
Salud hasta			\$ 796.784		\$ -					0,00		0,000%	
Renta Exenta 25%			\$ 32.784.341		\$ 418.000					0,00		0,000%	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.			\$ 4.597.000							0,00			
Retención en la Fuente Contingente			\$							0,00			
							Descuentos de embargo (Si tiene)			0,00			
							VALOR A PAGAR			\$2.297.547,00			
SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS M/CTE													
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO													
Apoyo, orientación virtual Agencia Pública de Empleo SENA CHAPINERO													
Apoyo Expoartesanas en Corferias 06 de Diciembre 2025													
Apoyo Expoartesanas en Corferias 11 de Diciembre 2025													
Apoyo Expoartesanas en Corferias 16 de Diciembre 2025													
Reunión virtual - SENA APE - Área de registros 10 diciembre 2025													
(4) Apoyo certificados APE 02 diciembre 2025													
(5) Apoyo certificados APE 04 diciembre 2025													
(3) Apoyo certificados APE 05 diciembre 2025													
Requerimiento spec -Seguimiento Código Talento													
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:						YEYMY CAROLINA AVILA CANDELA EL CONTRATISTA							
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													
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;						JORGE ALEXANDER CAÑON CASTAÑO PROFESIONAL G03							
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.													
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 GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS DIRECTOR REGIONAL DISTRITO (E)													

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	53096688	YEYMY CAROLINA AVILA CANDELA		KR 79A # 5 - 27 Sur Apto 501 Bloque 501	3203743944	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-11	2025-11	I	19/12/2025	92170979	\$441.800

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
230301	Porvenir	800224808-8	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	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.500	0	0	28.500	1

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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	441.800	441.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53096688	YEYMY CAROLINA AVILA CANDELA		KR 79A # 5 - 27 Sur Apto 501 Bloque 501	3203743944	karolinaavila08@gmail.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	19/12/2025	92170979	\$441.800
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	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	53096688	AVILA CANDELA YEYMY CAROLINA	59	0		N																			230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

PAGADA



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 19 diciembre de 2025

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

BOGOTÁ D.C

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tienen la calidad de dependiente a mi cargo:

TI	1011326066	SARAY KAMILA MUÑOZ ÁVILA	Hijo(a)
----	------------	--------------------------	---------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
Cordialmente,

Firma

YEEMY CAROLINA AVILA CANDELA
C.C. 53096688



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 19 diciembre de 2025

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

BOGOTÁ D.C

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tienen la calidad de dependiente a mi cargo:

TI	1011326067	SEBASTIAN KAMILO MUÑOZ ÁVILA	Hijo(a)
----	------------	------------------------------	---------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
Cordialmente,

Firma

YEYMY CAROLINA AVILA CANDELA
C.C. 53096688

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.011.326.066**

MUÑOZ AVILA

APELLIDOS

SARAY KAMILA

NOMBRES

Saray K Muñoz Avila

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-NOV-2009**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

08-NOV-2027

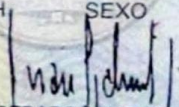
FECHA DE VENCIMIENTO

17-ENE-2018 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+ **F**

G S RH SEXO



REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1500150-00983681-F-1011326066-20180303 0059756513A 1 1074791027

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.011.326.067**

MUÑOZ AVILA
APELLIDOS

SEBASTIAN KAMILO
NOMBRES

Sebastian K Muñoz Avila
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-NOV-2009**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

08-NOV-2027
FECHA DE VENCIMIENTO

17-ENE-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+ **M**
G S RH SEXO



REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1500150-00983681-M-1011326067-20180303 0059756521A 1 1074791020

REPUBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1011326066

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 43507314
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 62 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 17

País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/e Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido MUÑOZ Segundo Apellido AVILA
Nombre(s) SARAY KAMILA

Fecha de nacimiento Sexo (en letras) Grupo sanguíneo Factor RH
Año 2009 Mes NOV Día 08 FEMENINO O POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/e Inspección)
COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTÁ

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos **Número certificado de nacido vivo**
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO 32223043-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos AVILA CANDELA YEYMY CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número) CC 53076688 DE BOGOTÁ D.E. Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos MUÑOZ HERNANDEZ ANDRES RAMIRO

Documento de identificación (Clase y número) CC 80809965 DE BOGOTÁ D.E. Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos MUÑOZ HERNANDEZ ANDRES RAMIRO

Documento de identificación (Clase y número) CC 80809965 DE BOGOTÁ D.E. Firma

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Firma

Fecha de inscripción **Nombre y firma del funcionario que autoriza**

Año 2009 Mes NOV Día 17 CARLOS ARTURO SERRATO GALEANO

Nombre y firma

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1011326067

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

43507315

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Regeneración ☐ Natural ☐ Número ☒ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 074

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido Segundo Apellido
MURDZ AVILA

Nombre(s)
SEBASTIAN KAMILO

Fecha de nacimiento Sexo (en letras) Grupo sanguíneo Factor RH
Año 2009 Mes NOV Día 01 MASCULINO C POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)
COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTÁ

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

52223044-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
AVILA CANDELA VEYMY CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número) Nacionalidad
CC 53096689 DE BOGOTÁ D.C. COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
MURDZ HERNANDEZ ANDRES RAMIRO

Documento de identificación (Clase y número) Nacionalidad
CC 80809965 DE BOGOTÁ D.C. COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
MURDZ HERNANDEZ ANDRES RAMIRO

Documento de identificación (Clase y número) Firma
CC 80809965 DE BOGOTÁ D.C.

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Firma
CC 80809965 DE BOGOTÁ D.C.

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Firma

Fecha de inscripción

Año 2009 Mes NOV Día 17

Nombre y apellido

CARLOS RUIZ SERRATTI

Nombre y apellido

CARLOS RUIZ SERRATTI

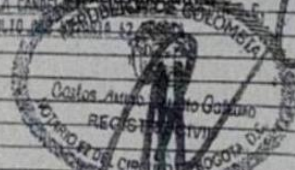
Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma

CARLOS RUIZ SERRATTI

ACERTO RECONOCIMIENTO VEYMY CAROLINA AVILA CANDELA
ACTO INSCRITO LIBRO DE VARIOS TOMO 032 FOLIO 13



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



Versión: 05

Código:
GTH-F-024

Proceso Gestión de Talento Humano

Formato Entrega de Bienes e Información de Ejecución Contractual por el Contratista

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: Yeymy Carolina Avila Candela IDENTIFICACIÓN
CIUDAD Bogotá FECHA 5/12/2025 REGIONAL DISTRITO CAPITAL CC 53096688

DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO: Calle 65 # 11- 70 Agencia Pública de Empleo SENANÚMERO Y FECHA DE CONTRATO: CO1.PCCNTR.7634066 14 de marzo de 2025

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

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

DEPENDENCIA SENA	Marcar con X	NOMBRES Y APELLIDOS	RESPONSABLES
GESTIÓN DE TIC		PABLO ARCINIEGAS	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS		JORGE ALEXANDER CAÑON CASTAÑO	
ENTREGA CARNE (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL		JORGE ALEXANDER CAÑON CASTAÑO	
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)		JOSE GUILLERMO CARDOZO OLIVEROS	
CONTABILIDAD		CARLOS ANDRES PEREA OLAVE	
TESORERÍA		NESTOR WILLIAM AVILA ALFONSO	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ACADEMICA		JORGE ALEXANDER CAÑON CASTAÑO	
BIBLIOTECA			
OTRO			
OTRO			
SUPERVISOR DE CONTRATO		JORGE ALEXANDER CAÑON CASTAÑO	

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

OTROS: _____

Firma del Contratista

	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA PROCESO DE GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA RELACION DE BIENES A CARGO DEL CUENTADANTE	Versión: 1.01
		Fecha: 15.10.2020

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el documento 53096688 NO ha sido registrado en la Base de Datos y por tanto NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 9 de Diciembre de 2025 a las 11:12:48

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.