



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 CUNDINAMARCA
DESPACHO DIRECCION

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

Código Regional	25
Código Centro	101025
Fecha Elaboración	Diciembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	01094-422182

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LINA ALEJANDRA ALVARADO FRANCO	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.016.099.051	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	alejandraalvarado_715@hotmail.com	Número de Cuenta:	488436440843
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?			
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000			
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)			
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?			
Concepto del pago corresponde a:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	8177991/2025	Nº Compromiso SIIF	134225	Número de pagos durante la vigencia del contrato	5
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA GESTIÓN JURÍDICA DE LA REGIONAL CUNDINAMARCA.				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/12/2025	Al	31/12/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 4.000.000
Número de pago	5			Valor Total del Contrato:	\$ 19.066.667
Valor Bruto Pago:	\$ 4.000.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.000.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.000.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.351.600	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Diciembre	Noviembre			TARIFA
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	91402339-92221	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.351.600,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.600.000	\$ 1.600.000	Base retención en la fuente a título de ICA	3.544.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 200.000	\$ 200.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 256.000	\$ 256.000	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	\$ 8.400	\$ 8.400	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Reteica - 69102 - BOGOTÁ	27.147,00	0,766%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Otras Retenciones	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	\$ 400.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 16.392.170	\$ 784.000	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 2.966.000		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$		VALOR A PAGAR	\$3.972.853,00	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Solicite informe de tutelas a los centros de formación.
Realice revisión y observaciones a plan operativo y estudio previo de Mosquera.
Proyecte respuesta a requerimiento de convenios Dirección General
Asisti a Jornada de apropiación del código de Integridad y Conflicto de Intereses - Regional Cundinamarca
Realice seguimiento a indicador de gerente público Regional Cundinamarca.
Realice requerimiento APE sobre liquidación de convenios.
Asisti a dos sesiones de capacitación Power BI
Reporte liquidación del convenio 55 de 2020.
Alimenté expediente digital de tutelas

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

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

LINA ALEJANDRA ALVARADO FRANCO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:	Autorizo el presente pago. El Supervisor,
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;	
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;	
3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.	
	MARITZA VELASCO DIAZ PROFESIONAL G02

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
JAVIER RICARDO JIMENEZ RINCON
DIRECTOR REGIONAL G07 (E)

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO		CORREO
CC	1016099051	LINA ALEJANDRA ALVARADO FRANCO		Cra 18 # 15- 36	0000000		alejandraalvarado_715@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		

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	
2025-11	2025-11	I	11/11/2025	91402339	\$699.400	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	281.800	0		0		0	0	0	0	281.800	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	
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	360.700	0	0	0	0	0	0	0	360.700	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	11.800				11.800	0	0	11.800			118	11.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	45.100	0	0	45.100	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	281.800	281.800
Pensión	1	360.700	360.700
Riesgos Laborales	1	11.800	11.800
CCF	1	45.100	45.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	699.400	699.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1016099051	LINA ALEJANDRA ALVARADO FRANCO		Cra 18 # 15- 36	0000000	alejandraalvarado_715@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	11/11/2025	91402339	\$699.400		

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	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	1016099051	ALVARADO FRANCO LINA ALEJANDRA	59	0			N																	230201	2.254.000	360.700	0	0	0	0	EPS005	2.254.000	281.800	14-23	2.254.000	1	11.800	CCF21	2.254.000	45.100	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1016099051	LINA ALEJANDRA ALVARADO FRANCO		Cra 18 # 15- 36	0000000	alejandraalvarado_715@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						
NO						

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	09/12/2025	92221859	\$699.400	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	281.800	0		0		0	0	0	0	281.800	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	360.700	0	0	0	0	0	0	0	360.700	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	11.800				11.800	0	0	11.800			118	11.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	45.100	0	0	45.100	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	281.800	281.800
Pensión	1	360.700	360.700
Riesgos Laborales	1	11.800	11.800
CCF	1	45.100	45.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	699.400	699.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1016099051	LINA ALEJANDRA ALVARADO FRANCO		Cra 18 # 15- 36	0000000	alejandraalvarado_715@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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	\$699.400				

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	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1016099051	ALVARADO FRANCO LINA ALEJANDRA	59	0		N																	230201	2.254.000	360.700	0	0	0	0	EPS005	2.254.000	281.800	14-23	2.254.000	1	11.800	CCF21	2.254.000	45.100	0	0	0	0	0

PAGADA

La empresa **LINA ALEJANDRA ALVARADO FRANCO**, identificada con **CC** número **1016099051**, aportó por **LINA ALEJANDRA ALVARADO FRANCO** identificado(a) con **CC** número **1016099051** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 04 - 2025 y 12 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	I	N	R	T	T	T	V	S	S	I	L	V	A	V	C	I	R	CORRECCIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO	
CCF21	Cafam Caja de Compensacion Fliar	59																		0	30	\$2,252,000	0.02000	\$45,100	\$0	\$0	Abril - 2025	86067612	28/04/2025	NO	
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59																		0	30	\$2,252,000	0.00522	\$11,800	\$0	\$0	Abril - 2025	86067612	28/04/2025	NO	
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	59																		0	30	\$2,252,000	0.16000	\$360,400	\$0	\$0	Abril - 2025	86067612	28/04/2025	NO	
EPS005	Sanitas EPS	59																		0	30	\$2,252,000	0.12500	\$281,500	\$0	\$0	Abril - 2025	86067612	28/04/2025	NO	
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	59																		0	A	30	(\$2,252,000)	(0.16000)	(\$360,400)	\$0	\$0	Abril - 2025	86191370	30/04/2025	NO
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	59																		0	C	30	\$2,254,000	0.16000	\$360,700	\$0	\$0	Abril - 2025	86191370	30/04/2025	NO
EPS005	Sanitas EPS	59																		0	A	30	(\$2,252,000)	(0.12500)	(\$281,500)	\$0	\$0	Abril - 2025	86191370	30/04/2025	NO
EPS005	Sanitas EPS	59																		0	C	30	\$2,254,000	0.12500	\$281,800	\$0	\$0	Abril - 2025	86191370	30/04/2025	NO
CCF21	Cafam Caja de Compensacion Fliar	3																		0	30	\$2,254,000	0.02000	\$45,100	\$0	\$0	Mayo - 2025	87379214	13/06/2025	NO	
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	3																		0	30	\$2,254,000	0.16000	\$360,700	\$0	\$0	Mayo - 2025	87379214	13/06/2025	NO	
EPS005	Sanitas EPS	3																		0	30	\$2,254,000	0.12500	\$281,800	\$0	\$0	Mayo - 2025	87379214	13/06/2025	NO	
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	57																		0	C	30	\$2,254,000	0.00522	\$11,800	\$0	\$0	Mayo - 2025	87472647	17/06/2025	NO
CCF21	Cafam Caja de Compensacion Fliar	57																		0	30	\$2,254,000	0.02000	\$45,100	\$0	\$0	Junio - 2025	87721819	01/07/2025	NO	
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	57																		0	30	\$2,254,000	0.00522	\$11,800	\$0	\$0	Junio - 2025	87721819	01/07/2025	NO	
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	57																		0	30	\$2,254,000	0.16000	\$360,700	\$0	\$0	Junio - 2025	87721819	01/07/2025	NO	
EPS005	Sanitas EPS	57																		0	30	\$2,254,000	0.12500	\$281,800	\$0	\$0	Junio - 2025	87721819	01/07/2025	NO	
CCF21	Cafam Caja de Compensacion Fliar	57																		0	30	\$2,254,000	0.02000	\$45,100	\$0	\$0	Julio - 2025	88211514	16/07/2025	NO	
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	57																		0	30	\$2,254,000	0.00522	\$11,800	\$0	\$0	Julio - 2025	88211514	16/07/2025	NO	
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	57																		0	30	\$2,254,000	0.16000	\$360,700	\$0	\$0	Julio - 2025	88211514	16/07/2025	NO	
EPS005	Sanitas EPS	57																		0	30	\$2,254,000	0.12500	\$281,800	\$0	\$0	Julio - 2025	88211514	16/07/2025	NO	
CCF21	Cafam Caja de Compensacion Fliar	57																		0	30	\$2,254,000	0.02000	\$45,100	\$0	\$0	Agosto - 2025	88970371	12/08/2025	NO	

El presente certificado se expide a los 9 días del mes Diciembre de 2025

14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	5 7							0	30	\$2,254,0 00	0.00522	\$11,800	\$0	\$0	Agosto - 2025	88970371	12/08/2025	NO
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	5 7							0	30	\$2,254,0 00	0.16000	\$360,700	\$0	\$0	Agosto - 2025	88970371	12/08/2025	NO
EPS005	Sanitas EPS	5 7							0	30	\$2,254,0 00	0.12500	\$281,800	\$0	\$0	Agosto - 2025	88970371	12/08/2025	NO
CCF21	Cafam Caja de Compensacion Fliar	5 9							0	30	\$2,254,0 00	0.02000	\$45,100	\$0	\$0	Septiembre - 2025	89805635	12/09/2025	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	5 9							0	30	\$2,254,0 00	0.00522	\$11,800	\$0	\$0	Septiembre - 2025	89805635	12/09/2025	NO
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	5 9							0	30	\$2,254,0 00	0.16000	\$360,700	\$0	\$0	Septiembre - 2025	89805635	12/09/2025	NO
EPS005	Sanitas EPS	5 9							0	30	\$2,254,0 00	0.12500	\$281,800	\$0	\$0	Septiembre - 2025	89805635	12/09/2025	NO
CCF21	Cafam Caja de Compensacion Fliar	5 9							0	30	\$2,254,0 00	0.02000	\$45,100	\$0	\$0	Octubre - 2025	90614605	14/10/2025	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	5 9							0	30	\$2,254,0 00	0.00522	\$11,800	\$0	\$0	Octubre - 2025	90614605	14/10/2025	NO
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	5 9							0	30	\$2,254,0 00	0.16000	\$360,700	\$0	\$0	Octubre - 2025	90614605	14/10/2025	NO
EPS005	Sanitas EPS	5 9							0	30	\$2,254,0 00	0.12500	\$281,800	\$0	\$0	Octubre - 2025	90614605	14/10/2025	NO
CCF21	Cafam Caja de Compensacion Fliar	5 9							0	30	\$2,254,0 00	0.02000	\$45,100	\$0	\$0	Noviembre - 2025	91402339	11/11/2025	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	5 9							0	30	\$2,254,0 00	0.00522	\$11,800	\$0	\$0	Noviembre - 2025	91402339	11/11/2025	NO
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	5 9							0	30	\$2,254,0 00	0.16000	\$360,700	\$0	\$0	Noviembre - 2025	91402339	11/11/2025	NO
EPS005	Sanitas EPS	5 9							0	30	\$2,254,0 00	0.12500	\$281,800	\$0	\$0	Noviembre - 2025	91402339	11/11/2025	NO
CCF21	Cafam Caja de Compensacion Fliar	5 9							0	30	\$2,254,0 00	0.02000	\$45,100	\$0	\$0	Diciembre - 2025	92221859	09/12/2025	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	5 9							0	30	\$2,254,0 00	0.00522	\$11,800	\$0	\$0	Diciembre - 2025	92221859	09/12/2025	NO
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	5 9							0	30	\$2,254,0 00	0.16000	\$360,700	\$0	\$0	Diciembre - 2025	92221859	09/12/2025	NO
EPS005	Sanitas EPS	5 9							0	30	\$2,254,0 00	0.12500	\$281,800	\$0	\$0	Diciembre - 2025	92221859	09/12/2025	NO

El presente certificado se expide a los **9** días del mes **Diciembre** de **2025**

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



Versión: 05

Código:
GTH- F- 074

Proceso Gestión de Talento Humano

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: LINA ALEJANDRA ALVARADO FRANCO						IDENTIFICACIÓN
CIUDAD	BOGOTÁ D.C.	FECHA	31/12/2025	REGIONAL	CUNDINAMARCA	1.016.099.051
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:			GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO			
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:		CO1.PCCNTR.8177991				

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	<input checked="" type="checkbox"/>	CESIÓN	<input type="checkbox"/>	LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO	<input type="checkbox"/>	TERMINACIÓN UNILATERAL	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	-------------------------------------	--------	--------------------------	--	--------------------------	------------------------	--------------------------

DEPENDENCIA SENA	Marcar con x	RESPONSABLES	
		NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
GESTIÓN DE TIC	X	MARITZA VELASCO DÍAZ <i>Huw</i>	Vo.Bo. Andrés Armando Cristancho Penagos <i>[Firma]</i>
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	X	YOLANDA PÉREZ RODRIGUEZ <i>Yolanda P.</i>	Vo.Bo. Stella Garnica Garnica <i>STELLA Garnica</i>
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL	N/A		
ALMACÉN E INVENTARIOS	X	Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo. <i>[Firma]</i>	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)	X	MARITZA VELASCO DÍAZ <i>Huw</i>	Vo.Bo. Carlos Alfonso Mendez Rodríguez <i>[Firma]</i>
CONTABILIDAD	X	MARITZA VELASCO DÍAZ <i>Huw</i>	Vo.Bo. Adriana Patricia Carvajal Avella <i>[Firma]</i>
TESORERIA	X	MARITZA VELASCO DÍAZ <i>Huw</i>	Vo.Bo. Luisa Yohana Osma Vargas <i>luisa yohana osma</i>
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ACADEMICA	X	MARITZA VELASCO DÍAZ	Vo.Bo. <i>Huw</i>
BIBLIOTECA	N/A		
OTRO	N/A		
OTRO	N/A		
SUPERVISOR DE CONTRATO	X	MARITZA VELASCO DÍAZ	<i>Huw</i>

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

OTROS : _____

[Firma]

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 1016099051 NO ha sido registrado en la Base de Datos y por tanto NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 25 de Noviembre de 2025 a las 15:53:03

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.