Este formato deberá diligenciarse en cada dependencia indicada y ser devuelto a NÓMINA para efectos de liquidación de prestaciones sociales.

Hacemos constar que\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con C.C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quien termina contrato con la Fundación Universitaria Comfenalco Santander, se encuentra a **PAZ Y SALVO** con las siguientes dependencias.

**TERMINACIÓN DE CONTRATO: TIPO DE CONTRATO**: **FECHA DE ELABORACIÓN:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPENDENCIA** | **FIRMA Y SELLO** | **OBSERVACIONES** | **DEPENDENCIA** | **FIRMA Y SELLO** | **OBSERVACIONES** |
| **FINANCIERA** | **TESORERÍA** |  |  | **COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA** | **COMPRAS****(Tarjeta y Activos Fijo)** |  |  |
| **CARTERA** |  |  | **RECURSOS HUMANOS** |  |  |
| **CONTABILIDAD** |  |  | **INVENTARIOS** |  |  |
| **ACADÉMICA** | **ACADÉMICA** |  |  | **JEFE INMEDIATO****(Archivo, Documentación)** |  |  |
| **FONDO DE EMPLEADOS** |  |  | **REGISTRO Y CONTROL** |  |  |

AVISO DE PRIVACIDAD: “Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a FUNDACIÓN UNIVERSITARIA COMFENALCO SANTANDER a dar tratamiento de mis datos personales (y/o de los datos personales del menor de edad o persona con discapacidad cognitiva que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de Información publicada en www.unc.edu.co y/o AVENIDA GONZÁLEZ VALENCIA N°. 52 - 69, que declaro conocer y estar informado de los canales de atención consignados en la misma a los que podré dirigirme para el ejercicio de mis derechos. Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento”.