SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CAUCA
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL CAUCA

Código Regional	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**41049-907954**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: YENNY CAROLINA MERA TROCHEZ
Correo electrónico contratista: ycmera@sena.edu.co
C.C. 1.061.707.144 **IP/Nº de contacto** 22081

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: AV VILLAS **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 252766279

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 4899736/2023 **Nº Compromiso SIIF** 74523

Valor Total del Contrato	$ 29.336.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 10.036.000	**6**	**Del**	**01/10/2023**	**Al**	**31/10/2023**	**$ 3.860.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 6.176.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales de carácter temporal como instructor contratista, impartiendo formación profesional integral presencial, a distancia o virtual; en los programas de titulada regular, del centro de comercio y servicio del SENA Regional Cauca, perteneciente al área o red de conocimiento: Administrativa y Financiera, según las necesidades del servicio, en el o los municipios del departamento

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.860.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.860.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.269.350**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Octubre	Setiembre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7893919254**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.269.350,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.544.000	$ 1.544.000	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.860.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 193.000	$ 193.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 247.100	$ 247.100	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 I	$ 8.100	$ 8.100	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 965.000	$ -		Reteica - 300	7.720,00	0,200%
			-	0,00	
			-	0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -				
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 386.000		Descuentos de Libranza	0,00	
Salud hasta $ 678.592	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 756.450				
Retención en la Fuente Contingente	$ -		**VALOR A PAGAR**	**$3.852.280,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar procesos de formación profesional, ficha N°2561094, Competencia: Documentar procesos y procedimientos aplicando métodos norma
Lugar: SENA Sede Centro de Comercio y Servicios Mcpio Popayan (Cauca), Desde el 2 de Octubre. Según Reporte Sofiaplus
Orientar procesos de formación profesional, ficha N°2673516, Competencia: Organización archivos gestión, Resultado aprendizaje: Preser
Lugar: SENA Sede SAMARIA Mcpio Santander de Quilichao (Cauca), Desde el 3 de Octubre. Según Reporte Sofiaplus
Orientar procesos de formación profesional, ficha N° 2774194, Competencia: Elaborar Documentos, Resultado aprendizaje: Reconocer docum
Lugar: SENA Sede SAMARIA Mcpio Santander de Quilichao (Cauca), Desde el 2 de Octubre Según Reporte Sofiaplus.
Orientar procesos de formación profesional, ficha N° 2774209, Tramitar Documentos, Resultado aprendizaje: Recibir los documentos
Lugar: SENA Sede CASONA Mcpio Santander de Quilichao (Cauca), Desde el 4 de Octubre Según Reporte Sofiaplus.
Orientar procesos formación profesional, ficha N° 2732455, Tramitar Documentos, Resultado aprendizaje: Distribuir los documentos

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 diligenciados.

YENNY CAROLINA MERA TROCHEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

OLGA LUCIA HOYOS ASTUDILLO
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

HAROL ARMANDO ROSERO SALAZAR

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1061707144
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YENNY CAROLINA MERA TROCHEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	POPAYAN	DEPARTAMENTO:	CAUCA
DIRECCIÓN:	CRA 2 N 3 - 41	TELÉFONO:	8317856
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Fotocopiado, preparación de documentos y otras ac
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA								
NÚMERO PLANILLA:			**7893919254**	TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre	AÑO	2023
DÍAS DE MORA:		0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/10/02		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		193416291		

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	$ 248.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 248.800	$ 0	$ 248.800
SUBTOTALES:										**$ 248.800**	**$ 0**	**$ 248.800**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 194.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 194.300	$ 0	$ 0	$ 194.300
SUBTOTALES:													**$ 194.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 194.300**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF14	CCF14-COMFACAUCA	1	$ 31.100	$ 0	$ 31.100
SUBTOTALES:			**$ 31.100**	**$ 0**	**$ 31.100**

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							CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																											ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
																															SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																													
1	CC 1061707144	MERA TROCHEZ YENNY CAROLINA	INDEPEND		$ 1.554.400				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.554.400	$ 248.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 248.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.554.400	$ 194.300	$ 0	$ 194.300			$ 0		$ 0	30	$ 1.554.400	CCF14-COMFACAUCA	$ 31.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 474.200

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco AV Villas

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1061707144
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YENNY CAROLINA MERA TROCHEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	POPAYAN	DEPARTAMENTO:	CAUCA
DIRECCIÓN:	CRA 2 N 3 - 41	TELÉFONO:	8317856
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Fotocopiado, preparación de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7893919254**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/10/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		193416291

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 248.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 248.800**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 194.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 194.300**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
891500182	CCF14	CCF14-COMFACAUCA	1	$ 31.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 31.100**

VALOR SIN MORA:	**$ 474.200**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 474.200**

Planilla Pagada

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 22 de septiembre de 2023

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Popayán (Cauca)

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, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1058933822**	**DANIELA ERAZO MERA**	**HIJO**

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,

Firmado digitalmente por YENNY CAROLINA MERA TROCHEZ
Fecha: 2023.09.22 08:33:07 -05'00'

_____

FIRMA
Nombre: YENNY CAROLINA MERA TROCHEZ
C.C. 1061707144

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1058933822

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40028724

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [0 2] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** F 2 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA CAUCA POPAYAN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ERAZO	MERA

Nombre(s)

DANIELA

Fecha de nacimiento										Sexo (en letras)	Grupo Sanguineo	Factor RH
Año	2	0	0	9	Mes	E	N	E	Día	2 8	FEMENINO	0	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CAUCA POPAYAN

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO DANE	51226204-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MERA TROCHEZ YENNY CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No 1.061.707.144 POPAYAN	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ERAZO BOLAÑOS DAVID JULIAN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No 10.306.300 POPAYAN	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ERAZO BOLAÑOS DAVID JULIAN

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No 10.306.300 POPAYAN	David Julian Erazo

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 2 0 0 9 Mes F E B Día 0 3	MARIA DEL ROSARIO CUELLAR DE IBARRA
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

CS Escaneado con CamScanner


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NÚMERO 1.058.933.822
ERAZO MERA
APELLIDOS
DANIELA
NOMBRES
Daniela Erazo Mera
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 28-ENE-2009
POPAYAN
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
28-ENE-2027
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G S RH
F
SEXO
03-AGO-2016 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
P-1100100-00846416-F-1058933822-20160903
0050872109A 1
7754040781

AV Villas Digital

Tu pago fue aprobado

No. de autorización

52527285

Valor	$474.200
Desde	Ahorros No. **** 6279
Hacia	Soi Ach - Pago De La Planilla Integrada De Seguridad Social Y Parafisacales - Pedido o Factura No. 7893919254
Fecha	01/10/2023 Hora: 11:39 pm
IP de origen	186.84.208.36

Si tienes dudas nos puedes contactar de la siguiente forma:

Línea nacional: +57 01 8000 51 8000