SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL QUINDÍO
CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO - QUINDIO - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION

Código Regional	**63**
Código Centro	**953810**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**65188-256342**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	DIANA CAROLINA RICO CRUZ	**C.C.**	24.586.426	**IP/Nº de contacto**	3122971976
Correo electrónico contratista:	dricoc@sena.edu.co				

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

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 65236684371

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: 4464432/2023 **Nº Compromiso SIIF** **2323**

Valor Total del Contrato	$ 42.981.900	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 2.008.500	**12**	**Del**	**01/12/2023**	**Al**	**15/12/2023**	**$ 2.008.500,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: ORIENTAR FORM. PROFESIONAL TITULADA/COMPLEMENTARIA PRESENCIAL/VIRTUAL_NIS_2023-02-014487

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.008.500		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	$ 4.017.000			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 6.025.500**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.456.113**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**73076427**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 1.606.800
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 200.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600	$ 257.100
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.100	$ 8.400
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.506.375	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 257.200	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 220.900	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 8.400	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 602.550	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 1.152.038	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.456.113,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$2.008.500,00**	

SON: DOS MILLONES OCHO MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Participación en la planeación de procesos formativos de acuerdo a los lineamientos institucionales.
Se ejecutaron las acciones de formación profesional de acuerdo a la programación asignada por la Coordinación para el actual periodo d
Se aplicaron según la modalidad, estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación de acuerdo a los lineamientos pedagóg
Para el presente periodo se emitieron juicios de evaluación al RAP de etapa productiva de los aprendices asignados en Seguimiento de s
Se realizó verificación de aprendices activos en el aplicativo de SOFIA Plus y en el SGVA, se verificó el estado de los aprendices, lo
Se elaboró los formatos GFPI-F-023 de Planeación, Seguimiento y Evaluación Etapa Productiva asignados durante el mes.
Cuento con la certificación NCL. “Orientar Formación Presencial y/o virtual de acuerdo con procedimientos técnicos y normativa” actual
Se ejecutaron las acciones de acuerdo a los lineamientos asignados.

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.

DIANA CAROLINA RICO CRUZ
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,

ANDREA CAROLINA VALBUENA LEZCANO
PROFESIONAL G13

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

CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 13 de febrero de 2023

SENA - CFP-639538
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 63-1-2023-000767
13/02/2023 8:01:48
Destinatario: 639538

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

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.	**1095553528**	**Johan Camilo Rico Cruz**	**HIJO**

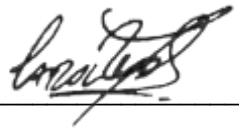
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



FIRMA

Nombre: Diana Carolina Rico Cruz

C.C. 24.586.426

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.095.553.528

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50572218

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 5032

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

COLOMBIA QUINDÍO CALARCÁ

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RICO********** *********	CRUZ **********

Nombre(s)

JOHAN CAMILO**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012 Mes NOV Día 08	MASCULINO	"B"	POSITIVO

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

COLOMBIA---------- QUINDIO---------- ARMENIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	11544580-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

RICO CRUZ DIANA CAROLINA **********

Documento de Identificación (Clase y número)		Nacionalidad
CC.24.586.426	DE CALARCA QUINDIO	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

********** ********** **********

Documento de Identificación (Clase y número)		Nacionalidad
**********	**********	**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RICO CRUZ DIANA CAROLINA **********

Documento de Identificación (Clase y número)		Firma
CC.24.586.426	DE CALARCA QUINDIO	

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 2013 Mes ENE Día 05	JORGE JULIO ECHEVERRI BOTERO Nombre y firma

ASSENDA S.A. NIT. 899.321.151-0 00242251

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Scanned by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.095.553.528**

RICO CRUZ

APELLIDOS

JOHAN CAMILO

NOMBRES

johan camilo

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-NOV-2012**

ARMENIA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

08-NOV-2030
FECHA DE VENCIMIENTO

B+
G.S. RH

M
SEXO

25-NOV-2019 CALARCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2601000-01116466-M-1095553528-20191128 0069115196A 1 4855758303

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	24586426	DIANA CAROLINA RICO CRUZ	CARRERA 26 # 47-13 Calarcá	3117609331	dicarolinarico@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		QUINDIO	ARMENIA		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	
2023-11	2023-11	I	06/12/2023	73076427	$476.200	

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	200.900	0		0		0	0	0	0	200.900	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	257.200	0	0	0	0	0	0		257.200	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	8.400				8.400	0	0	8.400			84	8.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF43	Comfenalco Quindio	890000381-0	9.700	0	0	9.700	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	200.900	200.900
Pensión	1	257.200	257.200
Riesgos Laborales	1	8.400	8.400
CCF	1	9.700	9.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	476.200	476.200

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	24586426	DIANA CAROLINA RICO CRUZ		CARRERA 26 # 47-13 Calarcá	3117609331	dicarolinarico@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			QUINDIO	ARMENIA	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	
2023-11	2023-11	I	06/12/2023	73076427	$476.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Economiado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	24586426	RICO CRUZ DIANA CAROLINA	59	0			N																	230201	1.607.000	257.200	0	0	0	0	EPS005	1.607.000	200.900	14-23	1.607.000	1	8.400	CCF43	1.607.000	9.700	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Comprobante

de pago en línea

COMPENSAR-OI

Pago realizado por: DIANA CAROLINA RICO CRUZ

Nro. de recibo: 73076427

Descripción del pago: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Identificación del contribuyente: 191.95.144.126

Concepto: CC

Razón Social: 24586426

Fecha y hora de la transacción: Miércoles 6 de Diciembre de 2023 04:21:46 PM

Nro. de comprobante: 0000044491

Valor pagado: $ 476,200.00

Producto: *******4371

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

	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: Diana Carolina Rico Cruz						**IDENTIFICACIÓN**	
CIUDAD	Armenia	**FECHA**	Diciembre 2023	**REGIONAL**	Quindío		24.586.4.
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:			Carrera 18 N° 7-58 Armenia, Quindío.				
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:			No CO1.PCCNTR.4464432, 25 de enero de 2023				

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	X	**CESIÓN**		**LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO**		**TERMINACIÓN UNILATERAL**	

DEPENDENCIA SENA	**Marcar con x**	**RESPONSABLES**	
		NOMBRES Y APELLIDOS	**FIRMA**
GESTIÓN DE TIC	X	Mario Alexander Ruiz	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	X	Andrea Carolina Valbuena Lezcano	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL	X	Andrea Carolina Valbuena Lezcano	
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**	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)	X	Diana Marcela Marín	
CONTABILIDAD	X	Juan Steven Vasquez	
TESORERIA	X	Claudia Isabel Parra Ortiz	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA	X	María Fernanda Echeverri Jimenez	
BIBLIOTECA	X	Carol Bibiana Gordillo	
OTRO	X	N/A	N/A
OTRO	X	N/A	N/A.
SUPERVISOR DE CONTRATO		Andrea Carolina Valbuena Lezcano	

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

OTROS: Entrega Carnet.

Firma del Contratista

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el Sr(a) RICO CRUZ DIANA CAROLINA identificado(a) con CC. 24586426 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 4 de Diciembre de 2023 a las 10:39:46



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.

SENA



CONTRATISTA

Diana Carolina
Rico Cruz

CC 24586426

Rh B+

Regional Quindio
Centro de Comercio y Turismo