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 CASANARE

CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE

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

Código Regional	**85**
Código Centro	**951910**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**97356-914840**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DIANA CRISTINA PEREZ MELLIZO	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.061.749.402	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	dcperez@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	0570016670409107
IP/Nº de contacto:	22452	**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 2023**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (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:	5761473/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**4024**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES COMO INSTRUCTOR PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - RED DE CONOCIMIENTO GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA. RAD 85-9-2024-000156.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/12/2024**	**Al**	**13/12/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 1.897.363
Número de pago	**12**			**Valor Total del Contrato:**	$ 46.038.418
Valor Bruto Pago:			**$ 1.897.363,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.897.363	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.378.530		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 6.275.893**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.571.504**	**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		----------	**9477353456**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.300.000	$ 1.751.412
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 162.500	$ 219.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 208.000	$ 280.300
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 6.800	$ 9.200
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 280.300	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 219.000	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 9.200	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 627.589	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.181.350	$ 1.191.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 8.795.970		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.571.504,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.897.363,00	
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 - YOPAL	18.974,00	1,000%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$1.878.389,00**	

SON: UN MILLÓN OCHOCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

3067030 - ASISTENCIA EN ORGANIZACION DE ARCHIVOS .

TRAMITAR CORRESPONDENCIA DE ACUERDO CON PROCESOS TÉCNICOS Y NORMATIVA

HORAS EJECUTADAS EN EL MES DE DICIEMBRE:60 SE COBRAN 10 HORAS DEL MES DE OCTUBRE TOTAL HORAS EJECUTADAS: 70

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

Diana C. Perez

DIANA CRISTINA PEREZ MELLIZO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

MONICA LUCIA MANCIPE RIVERA
INSTRUCTOR G11

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

FERNANDO BARRERO CABALLERO

DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO (E)

16/12/24 23:43:13 USUARIO: SIC - C.C. 1061749402

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1061749402		PEREZ MELLIZO DIANA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 14 # 11B - 55	SANTANDER DE QUILICHAO-CAUCA	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1074067011	9477353456	I	2024/12/03	2024/11/25	BANCO DAVIVIENDA	0	$508,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,751,412	$280,300			$1,751,412	$219,000			$0	$0			$1,751,412		$9,200		$0	$0		$508,500
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,751,412	$280,300			$1,751,412	$219,000			$0	$0			$1,751,412		$9,200		$0	$0		$508,500
Ciudad: SANTANDER DE QUILICHAO Depto: CAUCA (1 Afiliados)																					$1,751,412	$280,300			$1,751,412	$219,000			$0	$0			$1,751,412		$9,200		$0	$0		$508,500
1	CC	1061749402	PEREZ DIANA																	230201	30	$1,751,412	$280,300	EPS005	30	$1,751,412	$219,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,751,412	0.522%	$9,200	0	$0	$0	No	$508,500
Total		**Afiliados(1)**																			$1,751,412	$280,300			$1,751,412	$219,000			$0	$0			$1,751,412		$9,200		$0	$0		$508,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1061749402		PEREZ MELLIZO DIANA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 14 # 11B - 55	SANTANDER DE QUILICHAO-CAUCA	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1074067011	9477353456	I	2024/12/03	2024/11/25	BANCO DAVIVIENDA	0	$508,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,300	$0	$0	$280,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,300	$0	$0	$280,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0	$0	$9,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,200	$0	$0	$9,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$219,000	$0	$0	$219,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$219,000	$0	$0	$219,000
TOTAL				1	$508,500	$0	$0	$508,500

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Yopal, 13 de diciembre de 2024

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:

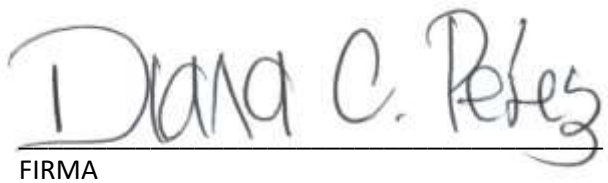
NUIP - NIP	**1062345702**	**ARIADNA ESCOBAR PEREZ**	**HIJO**

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 CRISTINA PEREZ MELLIZO
C.C.1061749402

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA 38044364-2

NUIP 1.062.345.702

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61657424

61657424

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código H 1 B

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

REGISTRADURIA DE SANTANDER DE QUILICHAO - COLOMBIA - CAUCA - SANTAND

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ESCOBAR	PEREZ

Nombre(s)

ARIADNA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes AGO Día 26	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CAUCA SANTANDER DE QUILICHAO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	23086310620970

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

PEREZ MELLIZO DIANA CRISTINA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.061.749.402	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ESCOBAR LASSO NEALES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.007.440.585	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ESCOBAR LASSO NEALES

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.007.440.585	x Neales Escobar lasso

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 2023 Mes SEP Día 12	NELSON ORDOÑEZ IBARRA - REGISTRAD Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
x Neales Escobar lasso Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ESTE ESPACIO ES PARA LA OFICINA DE REGISTRO

dispapeles 76313

Powered by CamScanner

SENA	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 CRISTINA PEREZ MELLIZO						IDENTIFICACIÓN
CIUDAD	Yopal	FECHA	13 de diciembre de 2024	REGIONAL	Casanare	1.061.749.402
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:			CAFEC - Carrera 19 No. 36 - 68 Yopal - Casanare			
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:			CO1.PCCNTR.5761473 de 18 de enero de 2024			

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		Michael Sebastián Herrera Cristiano	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	X	Mónica Lucía Mancipe Rivera	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL	X	Mónica Lucía Mancipe Rivera	
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)	X	Miriam Ramírez Rincón	
CONTABILIDAD	X	Luz Emilce Gomez Ayala	
TESORERIA	X	María Sorley Velandia Comayán	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA	X	Mónica Lucía Mancipe Rivera	
BIBLIOTECA	X	Yolanda María Gutierez Castañeda/Jazmin Villegas Gualdron	
OTRO			
OTRO			
SUPERVISOR DE CONTRATO	X	Mónica Lucía Mancipe Rivera	

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

OTROS: _____

Diana C. Perez

Firma del Contratista

SENA	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 Sr(a) DIANA CRISTINA PEREZ MELLIZO identificado(a) con CC. 1061749402 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 27 de Noviembre de 2024 a las 10:23:45

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.