

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional	11
	REGIONAL DISTRITO CAPITAL		Código Centro	930310
	CENTRO DE GESTIÓN DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN- BTÁ D.C.		Fecha Elaboración	Diciembre de 2024
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	MARZO 2024 - 2,24
			ID de Proceso	30017-022285
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: CHERYL JOHANNA VASQUEZ OCHOA		Banco a consignar: BANCOLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía 52.708.577		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: cjvasquez@sena.edu.co		Número de Cuenta: 17470834501		
IP/N° de contacto: 17011		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		SI
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?				
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a \$59.377.000				
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)				
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?				
Concepto del pago corresponde a: Ninguno				
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%				
DATOS DEL CONTRATO				
N° del contrato: 6763767/2024		N° Compromiso SIIF 89824		Número de pagos durante la vigencia del contrato 4
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ATENDER LOS PROCESOS DE FORMACIÓN TITULADA EN EL ÁREA TEMÁTICA DE COMERCIO Y VENTAS Y RED DE CONOCIMIENTO COMERCIO Y VENTAS EN LA MODALIDAD VIRTUAL, CUMPLIENDO LOS PROCESOS Y LINEA		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del 01/12/2024 Al 13/12/2024		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 1.935.070
Número de pago 4		Valor Total del Contrato:		\$ 12.950.081
Valor Bruto Pago: \$ 1.935.070,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 0
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 1.935.070		Ninguno		0,00%
Ingresos por comisiones \$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0				
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 1.935.070		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 1.023.263		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
		Diciembre	Noviembre	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 1.023.263,00
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	82494329	Base retención en la fuente a titulo de ICA 1.564.570,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.300.000	\$ 1.786.218	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 162.500	\$ 223.300	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 208.000	\$ 285.800	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA 0,00 15%
ARL I		\$ 6.800	\$ 9.400	Reteica - 8299 - BOGOTÁ 15.114,00 0,966%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		- 0,00 0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		- 0,00 0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		- 0,00 0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -		- 0,00 0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -		- 0,00 0%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		- 0,00 0%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		- 0,00 0%
Dependientes hasta		\$ 193.507		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Salud hasta \$ 753.040		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25% \$12.393.783		\$ 341.000		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 2.125.000				Otras Retenciones 0,00 0,000%
Retención en la Fuente Contingente \$				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
				VALOR A PAGAR \$1.919.956,00
SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS DIECINUEVE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ejecución de la formación en el programa de formación Técnico en Operaciones Comerciales en Retail en la fase de evaluación fichas 2977928, 2977929 3006336, del programa Tecnología en Desarrollo Publicitario ficha 3118519				
Se realizaron sesiones en línea en etapa Lectiva fichas 2977928, 2977929, 3006336, 3118519				
Se entregó al Coordinador Académico el reporte de ejecución de actividades.				
Adecuación del ambiente virtual de aprendizaje de acuerdo con la Guía AVA.				
Se envió correos de retención de aprendices y seguimiento a la formación a las fichas 2977929, 3006336, 3118519				
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				
		CHERYL JOHANNA VASQUEZ OCHOA 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.		SILVIO ALBERTO GALINDO PARRA INSTRUCTOR G20		
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 MIREYA PARRA PINTO SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)				

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	223.400	223.400
Pensión	1	286.000	286.000
Riesgos Laborales	1	9.400	9.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	518.800	518.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52708577	CHERYL JOHANNA VASQUEZ OCHOA		CLL 6 B No. 80 G 17 APT 603 TORRE 12	7567589	joys1207@yahoo.es
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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82494329	10
					TOTAL A PAGAR
					\$518.800

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	52708577	VASQUEZ OCHOA CHERYL JOHANNA	59	0		N																		25-14	1.787.000	286.000	0	0	0	0	EPS005	1.787.000	223.400	14-23	1.787.000	1	9.400		0	0	0	0	0	0	0	

PAGADA



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: CHERYL JOHANNA VÁSQUEZ OCHOA				IDENTIFICACIÓN	
CIUDAD	BOGOTÁ	FECHA	13/12/2024	REGIONAL	DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:		Centro de Gestión de Mercados Logística y Tecnologías de la Información			
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:		CO1.PCCNTR.6763767 de 17/09/2024			
CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO					
LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	☒	CESIÓN	☐	LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO	☐
TERMINACIÓN UNILATERAL	☐				
DEPENDENCIA SENA	Marcar con X	RESPONSABLES			
		NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA		
GESTIÓN DE TIC		DARWIN BOLÍVAR			
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS		MORBERTO MORENO BERDUGO			
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL		SILVIO ALBERTO GALINDO PARRA			
ALMACÉN E INVENTARIOS		Generar reporte de https://mimventario.sena.edu.co/inicio.aspx y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo.			
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)		JORGE FERNEY VILLAMIL			
CONTABILIDAD		NATALIA STEFFANIA MONTENEGRO ORTIZ			
TESORERÍA		OMAR OCHOA VELASQUEZ			
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ACADEMICA		SILVIO ALBERTO GALINDO PARRA			
BIBLIOTECA		BLANCA YELIN MURILLO VEGA			
OTRO					
OTRO					
SUPERVISOR DE CONTRATO		SILVIO ALBERTO GALINDO PARRA			
ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)					
OTROS :					
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 Sr(a) VASQUEZ OCHOA CHERYL JOHANNA identificado(a) con CC. 52708577 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 13 de Diciembre de 2024 a las 06:51:38

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.



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 13 de diciembre de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (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 párrafo 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.	1013114326	Angel Santiago Pinzón Vásquez	HIJO
T.I.	1013121760	Valery Sofia Pinzón Vásquez	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: CHERYL JOHANNA VÁSQUEZ OCHOA

C.C. 52.708.577 de Bogotá



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

NUIP 1013121760

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial 4 1645859

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código	
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía							
NOTARIA 53 BOGOTA DC COLOMBIA CUNDINAMARCA SANTA FE DE BOGOTA DC****							

Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
PINZON*****		VASQUEZ*****	
Nombre(s)			
VALERY SOFIA*****			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo
Año	Mes	Día	
2008	JUN	07	FEMENINO*****
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA CUNDINAMARCA SANTA FE DE BOGOTA DC*****			

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO*****	51050776-1*****

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
VASQUEZ OCHOA CHERYL JOHANNA*****	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0052708577*****	COLOMBIA*****

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
PINZON COGUA EDGAR EFRAIN*****	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0079536686*****	COLOMBIA*****

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
PINZON COGUA EDGAR EFRAIN*****	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0079536686*****	

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	
2008	
Mes	
JUN	
Día	
17	
	RICARDO CEBALLOS SUAREZ (E)*****
	Nombre y firma



- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1013114326

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 4 0878455

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina													
Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	☐	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	A 2 H
Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía													
NOTARIA 53 BOGOTA DC COLOMBIA CUNDINAMARCA SANTAFE DE BOGOTA DC****													

Datos del inscrito															
Primer Apellido					Segundo Apellido										
PINZON*****					VASQUEZ*****										
Nombre(s)															
ANGEL SANTIAGO*****															
Fecha de nacimiento					Sexo (en letras)		Grupo Sanguíneo		Factor RH						
Año	2	0	0	7	Mes	F	E	B	Día	1	4	MASCULINO*****	A*****	+	****
Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)															
COLOMBIA CUNDINAMARCA SANTAFE DE BOGOTA DC*****															

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO*****	A7797472*****

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
VASQUEZ OCHOA CHERYL JOHANNA*****	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0052708577*****	COLOMBIA*****

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
PINZON COGUA EDGAR EFRAIN*****	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0079538686*****	COLOMBIA*****

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
PINZON COGUA EDGAR EFRAIN*****	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0079538686*****	

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	7	Mes	M	A	R	Día	0	2	RICARDO CEBALLOS SUAREZ (E)*****
Nombre y firma												

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

