

 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)		Código Regional		11
			Código Centro		101000
			Fecha Elaboración		Diciembre de 2024
			Versión		MARZO 2024 - 2,24
			ID de Proceso		68442-756768
REGIONAL DISTRITO CAPITAL DESPACHO REGIONAL-APORTES					
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1					
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos: NATALIA CATHERINE GOMEZ DIAZ			Banco a consignar: DAVIVIENDA		
Cédula de Ciudadanía 1.031.167.683			Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: ncgomezd@sena.edu.com			Número de Cuenta: 0570009670623934		
IP/N° de contacto: 14514			Presta Servicios Excluidos de IVA: NO		
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					
N° del contrato: 5771570/2024		N° Compromiso SIIF 2824		Número de pagos durante la vigencia del contrato 12	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestación de servicios de apoyo para la promoción de los servicios de la Entidad para el sector empresarial y gestionar las solicitudes empresariales a través de la herramienta CRM.			
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del 01/12/2024 Al 31/12/2024		Saldo Anterior del Contrato: \$ 2.519.414			
Número de pago 12		Valor Total del Contrato: \$ 28.973.261			
Valor Bruto Pago: \$ 2.519.414,00		Nuevo Saldo del Contrato: \$ 0			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios \$ 2.519.414		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 \$ 2.519.414		Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 1.606.114		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 1.606.114,00 TARIFA	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	9478219922	Base retención en la fuente a titulo de ICA 2.148.914,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 162.500	\$ 162.500	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 208.000	\$ 208.000	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	\$ 6.800	Reteica - 8299 - BOGOTÁ 20.759,00 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		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Dependientes hasta		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Salud hasta \$ 753.040		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Renta Exenta 25% \$37.181.350		\$ 536.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 3.972.131				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Retención en la Fuente Contingente \$				VALOR A PAGAR \$2.498.655,00	
SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Realizar llamadas y enviar correos electrónicos, donde se realiza la divulgación del portafolio de servicios institucional.					
Gestionar, crear y aprobar solicitudes empresariales a través del CRM.					
Realizar planillas de gestión de seguimientos semanalmente.					
Apoyar en proceso de sensibilización de contrato de aprendizaje en normatividad y manejo de aplicativo.					
Divulgar a las empresas asignadas sobre la apertura de la convocatoria para Formación Continua Especializada					
Gestionar solicitudes en el CRM y correo electrónico.					
Asistir a inducción y capacitación de atenciones empresariales de acuerdo con los requerimientos					
Asistir a reuniones propuestas por el supervisor.					
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				NATALIA CATHERINE GOMEZ DIAZ 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.				WOLFANG ALBERTO LATORRE MARTINEZ PROFESIONAL G10	
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 GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS DIRECTOR REGIONAL DISTRITO CAPITAL					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1031167683		GOMEZ DIAZ NATALIA CATHERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 75 bis sur 7 42 este	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	1110117250	9478219922	I	2024/12/19	2024/12/09	BANCO DAVIVIENDA	0	\$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO			PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$6,800	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$6,800	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$6,800	\$0
1	CC 1031167683	GOMEZ NATALIA	230301	30	\$1,300,000	\$208,000	EPS005	30	\$1,300,000	\$162,500		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,300,000	\$6,800	0
Total Afiliados(1)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$6,800	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1031167683		GOMEZ DIAZ NATALIA CATHERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 75 bis sur 7 42 este	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-11	2024-11	1110117250		9478219922	I	2024/12/19	2024/12/09	BANCO DAVIVIENDA	\$377,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$6,800	\$0	\$0	\$6,800	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$6,800	\$0	\$0	\$6,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500	
TOTAL				1	\$377,300	\$0	\$0	\$377,300	

Se certifica que NATALIA CATHERINE GOMEZ DIAZ identificado(a) con CC 1031167683 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: GOMEZ DIAZ NATALIA CATHERINE CC 1031167683																										
Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9478219922	1110117250	I	2024-12-09	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																	
9478219922	1110117250	I	2024-12-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																	
9478219922	1110117250	I	2024-12-09	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																	
9476990136	1036482650	I	2024-11-08	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-10	30																	
9476990136	1036482650	I	2024-11-08	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-10	30																	
9476990136	1036482650	I	2024-11-08	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-10	30																	
9474940498	965202521	I	2024-10-07	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-09	30																	
9474940498	965202521	I	2024-10-07	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-09	30																	
9474940498	965202521	I	2024-10-07	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-09	30																	
9472374005	905079211	I	2024-09-10	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-08	30																	
9472374005	905079211	I	2024-09-10	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-08	30																	
9472374005	905079211	I	2024-09-10	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-08	30																	
9470795999	824612582	I	2024-08-05	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-07	30																	
9470795999	824612582	I	2024-08-05	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-07	30																	
9470795999	824612582	I	2024-08-05	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-07	30																	
9469451748	762053115	I	2024-07-08	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-06	30																	
9469451748	762053115	I	2024-07-08	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-06	30																	
9469451748	762053115	I	2024-07-08	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-06	30																	

APORTANTE: GOMEZ DIAZ NATALIA CATHERINE CC 1031167683

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9468098433	684574303	I	2024-06-05	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-05	30																	
9468098433	684574303	I	2024-06-05	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-05	30																	
9468098433	684574303	I	2024-06-05	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-05	30																	
9466550716	615303270	I	2024-05-03	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-04	30																	
9466550716	615303270	I	2024-05-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-04	30																	
9466550716	615303270	I	2024-05-03	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-04	30																	
9465099585	552688543	I	2024-04-03	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-03	30																	
9465099585	552688543	I	2024-04-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-03	30																	
9465099585	552688543	I	2024-04-03	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-03	30																	
9463859790	494676003	I	2024-03-05	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-02	30																	
9463859790	494676003	I	2024-03-05	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-02	30																	
9463859790	494676003	I	2024-03-05	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-02	30																	
9462395870	454149770	I	2024-02-14	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-01	30																	
9462395870	454149770	I	2024-02-14	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-01	30																	
9462395870	454149770	I	2024-02-14	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-01	30																	

Este certificado se expide el día 2024-12-11 a las 13:12.



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

62735040

NUIP

1011268072

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐

Notaría ☒

Número ☐

Consulado ☐

Corregimiento ☐

Inspección de Policía ☐

Código

A

1

H

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. NOTARÍA 50 BOGOTÁ DC

Datos del inscrito

LIEVANO Primer Apellido

GOMEZ Segundo Apellido

JOEL STIVEN Nombre(s)

Fecha de nacimiento

Año

2

0

2

4

Mes

J

U

N

Día

1

8

Sexo (en letras)

MASCULINO

Grupo sanguíneo

O

Factor RH

NEGATIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

24066811012980

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

GOMEZ DIAZ NATALIA CATHERINE

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 1031167683

Nacionalidad

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

LIEVANO CARVAJAL JOSE STYVENS

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 1023955998

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

LIEVANO CARVAJAL JOSE STYVENS

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 1023955998

Firma

Jose lievano

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

Año

2

0

2

4

Mes

J

U

N

Día

2

0

Nombre y firma del funcionario que autoriza

GABRIEL URIBE ROLDAN

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Cadena S.A.



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: GOMEZ DIAZ NATALIA CATHERINE				IDENTIFICACIÓN			
CIUDAD	BOGOTÁ D.C.	FECHA	Diciembre 2024	REGIONAL	DISTRITO CAPITAL	1031167683	
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:		Relaciones Corporativas e Internacionales					
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:		CO1.PCCNTR.5771570 de 22 de enero de 2024					
CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO							
LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	☒	CESIÓN	☐	LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO	☐	TERMINACIÓN UNILATERAL	☐
DEPENDENCIA SENA	Marcar con x	RESPONSABLES					
GESTIÓN DE TIC	☒	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA				
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	☒	Wolfgang Alberto Latorre					
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL	☒	Wolfgang Alberto Latorre					
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)		Ligia Eugenia Vargas					
CONTABILIDAD		Carlos Perea Olave					
TESORERÍA		Nestor Aniba Alfonso					
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ACADEMICA							
BIBLIOTECA	☒	JANER OUTIAN					
OTRO							
OTRO							
SUPERVISOR DE CONTRATO	☒	Wolfgang Alberto Latorre					
ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)							
OTROS: _____							
Firma del Contratista							

Natalia Gomez
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 documento 1031167683 NO ha sido registrado en la Base de Datos y por tanto NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 3 de Diciembre de 2024 a las 14:24:16

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.

Documento informativo. Para consultas dirijase a la página <https://miinventario.sena.edu.co> ingresando el número de documento del cuentadante.