

 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 CESAR CENTRO BIOTECNOLÓGIICO DEL CARIBE-CESAR Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		20				
			Código Centro		911410				
			Fecha Elaboración		Diciembre de 2024				
			Versión		MARZO 2024 - 2,24				
			ID de Proceso		28508-481864				
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:		MAIRA MUÑOZ YANEZ		Banco a consignar:		DAVIVIENDA			
Cédula de Ciudadanía		1.057.580.472		Tipo de cuenta:		AHORROS			
Correo electrónico:		mmunozy@sena.edu.co		Número de Cuenta:		0550256600105520			
IP/Nº de contacto:		0		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									
Nº del contrato:		6048131/2024		Nº Compromiso SIIF	42024	Número de pagos durante la vigencia del contrato	10		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: APOYAR LA FORM PROF EN LA RED DE CONOCIMIENTO TECNOLOGÍAS DE SERVICIOS DE SALUD FAMILIA SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LOS PROG DE FORM COMPLEMENTARIA VIRTUAL DEL CBC Y EL DEPTO DEL CESAR CPE NO 20-9-2024-002475							
DATOS PERIODO DEL PAGO									
Del		01/12/2024		Al		13/12/2024			
Número de pago		10		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 1.935.070			
Valor Bruto Pago:		\$ 1.935.070,00		Valor Total del Contrato:		\$ 41.380.717			
				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		\$ 1.018.463		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		1.018.463,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----		9478075169		Base retención en la fuente a titulo de ICA		0,00	
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		II		\$ 13.600		Reteica - 8299 - VALLEDUPAR		0,00	0,000%
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		\$ -				Pro Universidad Popular del Cesar		9.675,00	0,500%
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		\$ 193.507				Otras Retenciones		0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 753.040		\$ -		Otras Retenciones		0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 30.984.458		\$ 339.000				0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 8.380.000							
Retención en la Fuente Contingente		\$				Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
						VALOR A PAGAR		\$1.925.395,00	
SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS VEINTICINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE									
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Formación complementaria transversal virtual, ficha de formación 2721266 - Animación Digital									
Formación complementaria transversal virtual, ficha de formación 2721234 - Gestión integral del transporte									
Formación complementaria transversal virtual, ficha de formación 2758114 - Gestión integral del transporte									
Formación complementaria transversal virtual, ficha de formación 2977878 - Comercio de productos mayoristas									
Formación complementaria transversal virtual, ficha de formación 2721343 - GESTIÓN AGROEMPRESARIAL									
Formación complementaria transversal virtual, ficha de formación 2721341 - GESTIÓN AGROEMPRESARIAL									
Formación complementaria transversal virtual, ficha de formación 2721342 - GESTIÓN AGROEMPRESARIAL									
Formación complementaria transversal virtual, ficha de formación 2721233 - GESTIÓN AGROEMPRESARIAL									
Formación complementaria transversal virtual, ficha de formación 2758207 - GESTIÓN AGROEMPRESARIAL									
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									
MAIRA MUÑOZ YANEZ 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 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.									
Autorizo el presente pago. El Supervisor,									
MARCO ANTONIO PERALES MOLINA INSTRUCTOR G17									
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 JAIME JOSE BAUTE DANGON SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)									

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1057580472		MUÑOZ YANEZ MAIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 20 No. 8 - 153 B. Estadio	AGUSTIN CODAZZI-CESAR	5581313	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	1107655478	9478075169	I	2024/12/17	2024/12/09	BANCO DAVIVIENDA	0	\$527,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,786,218	\$285,800			\$1,786,218	\$223,300			\$0	\$0			\$1,786,218	\$18,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,786,218	\$285,800			\$1,786,218	\$223,300			\$0	\$0			\$1,786,218	\$18,700		\$0	\$0	
Ciudad: AGUSTIN CODAZZI Depto: CESAR (1 Afiliados)					\$1,786,218	\$285,800			\$1,786,218	\$223,300			\$0	\$0			\$1,786,218	\$18,700		\$0	\$0	
1	CC	1057580472	MUÑOZ MAIRA	231001	30	\$1,786,218	\$285,800	EPS002	30	\$1,786,218	\$223,300	0		\$0	\$0	14-23	30	\$1,786,218	\$18,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,786,218	\$285,800			\$1,786,218	\$223,300			\$0	\$0			\$1,786,218	\$18,700		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1057580472		MUÑOZ YANEZ MAIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 20 No. 8 - 153 B. Estadio	AGUSTIN CODAZZI-CESAR	5581313	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-11	2024-11	1107655478		9478075169	I	2024/12/17	2024/12/09	BANCO DAVIVIENDA	\$527,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$285,800	\$0	\$0	\$285,800	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$285,800	\$0	\$0	\$285,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$18,700	\$0	\$0	\$18,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$18,700	\$0	\$0	\$18,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$223,300	\$0	\$0	\$223,300	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$223,300	\$0	\$0	\$223,300	
TOTAL				1	\$527,800	\$0	\$0	\$527,800	



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: MAIRA MUÑOZ YANEZ

IDENTIFICACIÓN

CIUDAD VALLEDUPAR FECHA 16-dic-24 REGIONAL CESAR 1.057.580.472

DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:

CENTRO BIOTECNOLÓGICO DEL CARIBE CBC

NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO: CO1.PCCNTR.6048131 del año 2024

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO
ACUERDO

CESIÓN

LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO
ACUERDOTERMINACIÓN
UNILATERAL

DEPENDENCIA SENA

Marcar
con x

RESPONSABLES

NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA

GESTIÓN DE TIC

ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS

ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del
Contrato en las Regionales y Centros
de Formación)
SECRETARÍA GENERAL

ALMACÉN E INVENTARIOS

SERVICIOS GENERALES,
ADQUISICIONES (Administración de
edificio; Contratación)

CONTABILIDAD

TESORERÍA

COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/
ACADEMICA

BIBLIOTECA

OTRO *Veritas*

OTRO

SUPERVISOR DE CONTRATO

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

OTROS: NINGUNO

Maira Muñoz Yanez
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 1057580472 NO ha sido registrado en la Base de Datos y por tanto NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 13 de Diciembre de 2024 a las 08:19:53

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.

CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 10 de diciembre de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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.	1066354957	HELYAM HUMBERTO QUINTERO MUÑOZ	HIJO
------	------------	--------------------------------	------

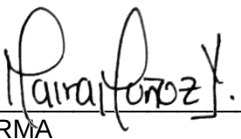
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: Maira Muñoz Yanez

C.C. 1.057.580.472 de Sogamoso

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.066.354.957**

QUINTERO MUÑOZ

APELLIDOS

HELYAM HUMBERTO

NOMBRES

Hel Yam

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **25-NOV-2014**

VALLEDUPAR
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

25-NOV-2032
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G S RH

M
SEXO

30-NOV-2021 AGUSTIN CODAZZI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO



P-1215000-01273885-M-1066354957-20211227

0077563129A 1

8503542081