

 FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE		Código Regional41 Código Centro952510 Fecha ElaboraciónDiciembre de 2024 VersiónMARZO 2024 - 2.24 ID de Proceso02738-768708	
REGIONAL HUILA CENTRO AGROEMPRESARIAL Y DESARROLLO PECUARIO DEL HUILA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1			
DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos: ELIANA AUDREY MANCHOLA PEREZ		Banco a consignar: BANCOLOMBIA	
Cédula de Ciudadanía: 36.384.460		Tipo de cuenta: AHORROS	
Correo electrónico: emanchola@sena.edu.co		Número de Cuenta: 75611944098	
IP/Nº de contacto: 62501		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?		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:	5831550/2024	Nº Compromiso SIIF	7624
Número de pagos durante la vigencia del contrato		10	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL EN EL C.A.D.P.H. Y SU ÁREA DE INFLUENCIA EN LA ESPECIALIDAD PECUARIA		
DATOS PERIODO DEL PAGO			
Del	01/11/2024	Al	30/11/2024
Número de pago	10		
Valor Bruto Pago:	\$ 4.465.545,00		
Saldo Anterior del Contrato:	\$ 4.465.545		
Valor Total del Contrato:	\$ 44.655.450		
Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 0		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 4.465.545	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	2,66%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 138.397
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 4.465.545		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 8.931.090	Menos, ReteFuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 5.199.581	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 138.397
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	Noviembre	Octubre	
	7945115062		
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.786.218	\$ 1.786.218	Base retención en la fuente a título de RENTA 5.199.581,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 223.300	\$ 223.300	Base retención en la fuente a título de ICA 4.465.545,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 285.800	\$ 285.800	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL III	\$ 43.600	\$ 43.600	Menos Retención en la Fuente 138.397,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 285.800		Menos Retención IVA 0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 223.300		Retenica - 8523 - GARZON 8.931,00
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 43.600		0,00%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		0,00%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -		0,00%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -		0,00%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -		0,00%
Dependientes hasta	\$ 893.109		0,00%
Salud hasta	\$ 753.040		0,00%
Renta Exenta 25%	\$ 30.984.458	\$ 1.733.000	0,00%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 7.802.573		0,00%
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		0,00%
VALOR A PAGAR		\$4.318.217,00	
SON: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS DIECIOCHO MIL DOSCIENTOS DIECISIETE PESOS M/CTE			
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Objeto contrato: Prestar servicios profesionales de carácter temporal para impartir Formación Profesional titulada y complementaria presencial y/o virtual en el Centro Agroempresarial y Desarrollo Pecuario del Sena Regional Huila y su área de influencia en la especialidad PECUARIA. Entrego informe de actividades desarrolladas durante el periodo comprendido entre el 01 al 30 de noviembre de 2024 formación complementaria virtual en la formación 3110597 GANADERIA SUSTENTABLE 18 horas, 3110596 - GANADERIA INTENSIVA DE DOBLE PROPOSITO 18 horas, 3135584 - CRIAR GALLINAS PONEDORAS CON ALIMENTACIÓN ALTERNATIVA PARA PRODUCIR HUEVOS SEMICRIOLLOS 60 horas, 3115292 ALIMENTACION BOVINA 28 horas, 3138359 - MANEJO ANIMAL EN ESPECIES MAYORES 30 horas, 3110595 DESPOSTE Y CORTES DE CANALES GANADO BOVINO 18 horas			
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			
		ELIANA AUDREY MANCHOLA PEREZ 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.		EILEEN KARINA CASTAÑEDA LOSADA INSTRUCTOR G18	
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 CARLOS ANDRES JIMENEZ MOREA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02			

Comprobante de pago en línea

Comercio
SOI ACH

Número de comprobante
DB7uWd1fnFQW

CUS
1122586624

Fecha y hora
13 diciembre 2024 00:07:44

Número de factura
7945115062

Descripción del pago
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafiscales

Referencia 1
10.80.25.153

Referencia 2
CC

Referencia 3
36384460

Producto origen
****4098

Costo de la transacción
\$ 00.0 COP

Total Pagado: \$ 562,400.0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 36384460
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ELIANA AUDREY MANCHOLA PEREZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	CRA 26 47-75 APT 201	TELÉFONO: 7485157
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7945115062	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre	PERIODO COTIZACIÓN MES: octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD: AÑO: 2024
DÍAS DE MORA:	25	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/12/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1122586624

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	

LIQUIDACIÓN GENERAL						
					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE			
800229739		230201	230201- PROTECCION		1	\$ 290.800
SUBTOTAL:					1	\$ 290.800
SALUD						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE			
800088702		EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD		1	\$ 227.200
SUBTOTAL:					1	\$ 227.200
RIESGOS PROFESIONALES						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE			
860011153		14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		1	\$ 44.400
SUBTOTAL:					1	\$ 44.400

VALOR SIN MORA:	\$ 552.700
VALOR MORA:	\$ 9.700
TOTAL PAGADO:	\$ 562.400

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:					CÉDULA DE CIUDADANÍA					NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:					36384460				
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:					ARMENIA					DEPARTAMENTO:					QUINDIO				
CIUDAD/MUNICIPIO:					CRA 26 47-75 APT 201					TELÉFONO:					7485157				
DIRECCIÓN:					02-INDEPENDIENTE					CLASE APORTANTE:					I-INDEPENDIENTE				
TIPO APORTANTE:					PRIVADA					ACTIVIDAD ECONOMICA:					Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
TIPO EMPRESA:					ÚNICO														
FORMA DE PRESENTACIÓN:																			
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):										NO									

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	\$ 285.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 5.000	\$ 0	\$ 285.800	\$ 5.000	\$ 290.800
SUBTOTALES:										\$ 285.800	\$ 5.000	\$ 290.800

TOTAL APORTES A SALUD																	
ADMINISTRADORA			No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD		1	\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 223.300	\$ 0	\$ 3.900	\$ 0	\$ 223.300	\$ 3.900	\$ 0	\$ 227.200	
SUBTOTALES:									\$ 223.300		\$ 3.900		\$ 223.300	\$ 3.900	\$ 0	\$ 227.200	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 43.600	\$ 43.600	\$ 800	\$ 0	\$ 44.400
SUBTOTALES:									\$ 43.600	\$ 800	\$ 0	\$ 44.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																										
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL												PARAFISCALES																										
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SEGURIDAD SOCIAL				SALUD				ARP				DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU								
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE			ADMIN	DÍAS COT					IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 36384460	MANCHOLA PEREZ ELIANA AUDREY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.786.218				NO																		230201-PROTECCION	30		\$ 1.786.218	\$ 285.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 285.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	\$ 1.786.218	\$ 223.300	\$ 0	\$ 223.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	\$ 1.786.218	\$ 36384460	\$ 43.600		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL \$ 562.400

Comprobante de pago en línea

Comercio
SOI ACH

Número de comprobante
DBMsJNvFXP3I

CUS
1139820019

Fecha y hora
19 diciembre 2024 15:41:46

Número de factura
7953200095

Descripción del pago
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Referencia 1
10.80.25.153

Referencia 2
CC

Referencia 3
36384460

Producto origen
****4098

Costo de la transacción
\$ 00.0 COP

Total Pagado: \$ 555,000.0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 36384460
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ELIANA AUDREY MANCHOLA PEREZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	CRA 26 47-75 APT 201	TELÉFONO: 7485157
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7953200095	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD: AÑO: 2024
DÍAS DE MORA:	6	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/12/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1139820019

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL						
					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE			
800229739		230201	230201- PROTECCION		1	\$ 287.000
SUBTOTAL:					1	\$ 287.000
SALUD						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE			
800088702		EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD		1	\$ 224.200
SUBTOTAL:					1	\$ 224.200
RIESGOS PROFESIONALES						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE			
860011153		14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		1	\$ 43.800
SUBTOTAL:					1	\$ 43.800

VALOR SIN MORA:	\$ 552.700
VALOR MORA:	\$ 2.300
TOTAL PAGADO:	\$ 555.000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	36384460	NÚMERO PLANILLA:	7953200095	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ELIANA AUDREY MANCHOLA PEREZ	PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO	DÍAS DE MORA:	noviembre AÑO 2024	MES	noviembre AÑO 2024
DIRECCIÓN:	CRA 26 47-75 APT 201	TELÉFONO:	7485157	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/12/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1139820019
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE				
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO						
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	\$ 285.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.200	\$ 0	\$ 285.800	\$ 1.200	\$ 287.000
SUBTOTALES:										\$ 285.800	\$ 1.200	\$ 287.000

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 223.300		\$ 0	\$ 900		\$ 0	\$ 0	\$ 224.200
SUBTOTALES:												\$ 223.300	\$ 900	\$ 0	\$ 224.200	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 43.600	\$ 43.600	\$ 200	\$ 0	\$ 43.800
SUBTOTALES:									\$ 43.600	\$ 200	\$ 0	\$ 43.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																					
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL										PARAFISCALES																							
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LWA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN					SEGURIDAD SOCIAL					SALUD				ARP				DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU		
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT			IBC	CENTRO DE TRABAJO					TOTAL APORTE	DÍAS COT
1	CC 36384460	MANCHOLA PEREZ ELIANA AUDREY	INDEPENDIENTE CONTRATO DE SERVICIOS		\$ 1.786.218			NO																		230201-PROTECCION	30	\$ 1.786.218	\$ 285.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 285.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	\$ 1.786.218	\$ 223.300	\$ 0	\$ 223.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	\$ 1.786.218	\$ 36384460	\$ 43.600	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL	\$ 555.000
--------------	-------------------



SENA - CFP 419525
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 41-1-2024-003909
9/05/2024 11:31:16 a. m.
Destinatario:

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

NEIVA, 1 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
NEIVA

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:

TI	1092855533	EMANUEL GONZALEZ MANCHOLA	Hijo(a)
----	------------	---------------------------	---------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,

ELIANA AUDREY MANCHOLA PEREZ
C.C. 36384460

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

IP 1092855533

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

51192651

de la oficina de registro - Clase de oficina

aduría ☐ Notaría ☒ Número 05 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 5011

Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección de Policía

COLOMBIA / QUINDÍO / ARMENIA

del inscrito

Primer Apellido

GONZALEZ

Segundo Apellido

MANCHOLA

Nombre(s)

EMANUEL

Fecha de nacimiento

2011

Mes

AGO

Día

04

Sexo (en letras)

MASCULINO

Grupo sanguíneo

O

Factor Rh

POSITIVO

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

COLOMBIA / QUINDÍO / ARMENIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

DOCUMENTO AUTENTICO

Número certificado de nacido vivo

de la madre

Apellidos y nombres completos

MANCHOLA PEREZ ELIANA AUDREY

Documento de identificación (Clase y número)

No. 36.384.460 LA PLATA, HUILA

Nacionalidad

COLOMBIANA

del padre

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ IBAGON MARIO FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)

No. 18.394.991

Nacionalidad

COLOMBIANA

del declarante

Apellidos y nombres completos

MANCHOLA PEREZ ELIANA AUDREY

Documento de identificación (Clase y número)

No. 36.384.460 LA PLATA, HUILA

Firma

primer testigo

Apellidos y nombres completos

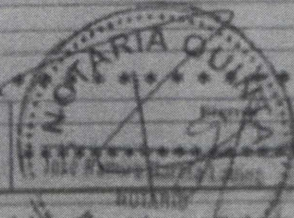
Documento de identificación (Clase y número)

Firma

segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)





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: ELIANA AUDREY MANCHOLA PEREZ

IDENTIFICACIÓN

CIUDAD	Garzón	FECHA	Diciembre 19 de 2024	REGIONAL	Huila	36.384.460
--------	--------	-------	----------------------	----------	-------	------------

DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO: CARRERA 10 # 11- 22 SENA GARZÓN

NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO: CO1.PCCNTR. 5831550 del 1 de febrero de 2024

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO

x

CESIÓN

LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO
ACUERDOTERMINACIÓN
UNILATERAL

DEPENDENCIA SENA

Marcar
con x

RESPONSABLES

		NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
GESTIÓN DE TIC		ELIANAYINETH LOZANO TRIANA	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS		LORENA MARIA GUTIERREZ QUINTERO	Lorena Maria Gutiérrez Quintero Firmado digitalmente por Lorena Maria Gutiérrez Quintero Fecha: 2024.12.20 08:36:03 -0500
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL		EILEEN KARINA CASTAÑEDA LOSADA	
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)		CARLOS FERNANDO CORRALES	(Infraestructura)
CONTABILIDAD		CARMENZA RIVERA	
TESORERIA		JOSE LISARDO TRUJILLO TRUJILLO	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA		EILEEN KARINA CASTAÑEDA LOSADA	
BIBLIOTECA		YINA YUVELY ZAMORA GUALTEROS	
SUPERVISOR DE CONTRATO		EILEEN KARINA CASTAÑEDA LOSADA	

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) MANCHOLA PEREZ ELIANA AUDREY identificado(a) con CC. 36384460 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 24 de Diciembre de 2024 a las 09:38:42

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.