

<div><div><div>SENA</div></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	921010
						CENTRO DE ELECTRICIDAD Y ELECTRÓNICA- BTÁ D.C.							Fecha Elaboración	Marzo de 2025
						Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1							Versión	ENERO - 2.25
													ID de Proceso	61157-063929
DATOS DEL CONTRATISTA														
Nombres y apellidos:	DIANA MARIA MAHECHA VESGA						Banco a consignar:	DAVIVIENDA						
Cédula de Ciudadanía	53.013.351						Tipo de cuenta:	AHORROS						
Correo electrónico:	dmmahecha1@misena.edu.co						Número de Cuenta:	0550004100162652						
IP/N° de contacto:	14917						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 2024					NO		
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?												NO		
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000												NO		
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a \$164.336.700 (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:	7388098/2025			Nº Compromiso SIIF	12925			Número de pagos durante la vigencia del contrato	11					
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)				INSTRUCTOR PARA FORMACIÃ*N PROFESIONAL INTEGRAL, CONFORME A LAS COMPETENCIAS DE LOS PROGRAMAS CEET										
DATOS PERIODO DEL PAGO														
Del	01/03/2025			A l	31/03/2025			Saldo Anterior del Contrato:	\$ 44.921.890					
Número de pago	2							Valor Total del Contrato:	\$ 47.834.914					
Valor Bruto Pago:				\$ 4.599.511,00					Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 40.322.379				
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO														
Ingresos por honorarios				\$ 4.599.511					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				\$ 4.599.511					Menos, ReteFuente Otros Ingresos	\$ 0				
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE				\$ 3.049.411					TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0				
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR														
				Marzo	Febrero			Base retención en la fuente a título de RENTA		3.049.411,00	TARIFA			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS				-----	84291158			Base retención en la fuente a título de ICA		4.075.111,00				
Ingreso Base de Cotización - IBC				\$ 1.839.804	\$ 1.423.500			Valor base IVA		0,00				
Aporte obligatorio a seguridad social salud				\$ 230.000	\$ 178.000			IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%			
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión				\$ 294.400	\$ 227.800			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				\$ 9.700	\$ 7.500			Reteica - 8299 - BOGOTÁ		39.366,00	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				\$ 796.784				Otras Retenciones		0,00	0,000%			
Renta Exenta 25%				\$ 36.062.775	\$ 1.016.000					0,00				
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.				\$ 625.000				Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00				
Retención en la Fuente Contingente				\$ -				VALOR A PAGAR		\$ 4.560.145,00				
SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL CIENTO CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE														
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO														
DMMW 2834417 Integrar los componentes del proyecto de acuerdo con la estructura y la experiencia de usuario definida														
Wordpress - principios e integración														
AD 2977180 Alistar los personajes y elementos según las necesidades del proyecto														
Bocetación, ilustración y colorización de los personajes.														
DP 3134595 Establecer variables situacionales teniendo en cuenta requerimientos de la organización.														
Creación de grupos, matrices y construcción del brief														
DMW 2879519 Integrar los componentes del proyecto de acuerdo con la estructura y la experiencia de usuario definida.														
Wordpress - principios e integración														
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														
<div>Diana Maria Mahecha Vesga</div> <div>DIANA MARIA MAHECHA VESGA EL CONTRATISTA</div>														
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO														
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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.														
<div>Autorizo el presente pago. El Supervisor,</div> <div>Jaqeline Chavarro P.</div> <div>ANA YAQUELINE CHAVARRO PARRA INSTRUCTOR G13</div>														
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 LINA SAMARIS SILVA BELTRAN SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)														

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53013351	DIANA MARIA MAHECHA VESGA		cr 2 n 28-35 casa 29	3115729439	nanamahecha@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	CHÍA	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-02	2025-02	I	19/02/2025	84291158	\$421.900
TOTAL A PAGAR					

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	8.600	0	0	8.600	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	1	8.600	8.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	421.900	421.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53013351	DIANA MARIA MAHECHA VESGA		cr 2 n 28-35 casa 29	3115729439	nanamahecha@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	CHÍA	
						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
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-02	2025-02	I	19/02/2025	84291158	10
					TOTAL A PAGAR
					\$421.900

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Cotiz. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SLN	IDE	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	53013351	MAHECHA VESGA DIANA MARIA	59	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	1	7.500	CCF22	1.423.500	8.600	0	0	0	0	0	

PAGADA