



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 DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

|                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| Código Regional   | 11                  |
| Código Centro     | 940510              |
| Fecha Elaboración | 8 de Agosto de 2025 |
| Versión           | ENERO - 2.25        |
| ID de Proceso     | 61766-842739        |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

|  |                            |   |                 |
|--|----------------------------|---|-----------------|
| Nombres y apellidos:   | DIANA MARCELA AMAYA CALDAS | Banco a consignar:                              | BANCO DE BOGOTA |
| Cédula de Ciudadanía   | 52.795.191                 | Tipo de cuenta:                                 | AHORROS         |
| Correo electrónico:  | dmamaya@sena.edu.co        | Número de Cuenta:                               | 299305680       |
| IP/Nº de contacto:   |                            | 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 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   |                            |   | SI              |
| 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:   | 7528694/2025   | Nº Compromiso SIIF | 45525 | Número de pagos durante la vigencia del contrato | 7 |
| OBJETO CONTRACTUAL:<br>(Descripción del servicio prestado) | Prestación de servicios profesionales de carácter temporal, con autonomía técnica, administrativa, financiera y tecnológica, para dar cumplimiento a los procesos formativos dirigidos a los aprendices en las competencias técnicas vinculadas a la red de conocimiento de Comercio y |                    |       |  |   |

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

|                   |                 |    |            |                              |               |
|-------------------|-----------------|----|------------|------------------------------|---------------|
| Del               | 01/08/2025      | Al | 08/08/2025 | Saldo Anterior del Contrato: | \$ 21.924.331 |
| Número de pago    | 7               |    |            | Valor Total del Contrato:    | \$ 47.068.319 |
| Valor Bruto Pago: | \$ 1.226.536,00 |    |            | Nuevo Saldo del Contrato:    | \$ 20.697.795 |

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

|  |                     |                                       |             |
|--|---------------------|---------------------------------------|-------------|
| Ingresos por honorarios                    | \$ 1.226.536        | Ninguno                               | 0,00%       |
| Ingresos por comisiones                    | \$ 0                | Retención en la Fuente del Periodo    | \$ 0        |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ 0                |                                       |             |
| <b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>          | <b>\$ 1.226.536</b> | Menos, Retefuente Otros Ingresos      | \$ 0        |
| <b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>    | <b>\$ 517.582</b>   | <b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b> | <b>\$ 0</b> |

**LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR**

|  | Agosto        | Julio        |   |                       | TARIFA |
|--|---------------|--------------|---|-----------------------|--------|
| Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS                                     | -----         | 797808991    | Base retención en la fuente a título de RENTA | 517.582,00            |        |
| Ingreso Base de Cotización - IBC   | \$ 1.423.500  | \$ 1.839.804 | Base retención en la fuente a título de ICA   | 820.736,00            |        |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                                    | \$ 178.000    | \$ 230.000   | Valor base IVA                                | 0,00                  |        |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                                  | \$ 227.800    | \$ 294.400   | IVA (Si es RESPONSABLE)                       | 0,00                  | 19%    |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional                            | \$ -          | \$ 0         | Menos Retención en la Fuente                  | 0,00                  | 0,00%  |
| ARL  | \$ 7.500      | \$ 9.700     | Menos Retención IVA                           | 0,00                  | 15%    |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes                  | \$ -          | -            | Reteica - 8299 - BOGOTÁ                       | 7.928,00              | 0,966% |
| 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                      | \$ -          | -            | Otras Retenciones                             | 0,00                  | 0,000% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias                          | \$ -          | -            | Otras Retenciones                             | 0,00                  | 0,000% |
| 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   | \$ 122.654    | -            | Otras Retenciones                             | 0,00                  | 0,000% |
| Salud hasta  | \$ 796.784    | -            | Otras Retenciones                             | 0,00                  | 0,000% |
| Renta Exenta 25%   | \$ 22.949.039 | \$ 173.000   |   | 0,00                  |        |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | \$ 4.885.000  | -            | Descuentos de embargo (Si tiene)              | 0,00                  |        |
| Retención en la Fuente Contingente   | \$ -          | -            | <b>VALOR A PAGAR</b>                          | <b>\$1.218.608,00</b> |        |

**SON: UN MILLÓN DOSCIENTOS DIECIOCHO MIL SEISCIENTOS OCHO PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

|   |
|---|
| obl.1. Durante el mes objeto de cobro se realizó la planeación de la formación técnica para las fichas 3153531(24 aprendices, 29,9 hr) y 3170200 (20 aprendices, 6 horas) del programa TOC y Técnico en Asistencia Administrativa.  |
| obl.4. Durante el mes objeto de cobro se realizó el registro de los juicios de evaluación de cada uno de los aprendices de las fichas 3153531(24 aprendices, 29,9 horas) y 3170200 (20 aprendices, 6 horas) del programa Técnico en Operaciones Comerciales de Retail y Técnico en Asistencia Administrativa. |
| obl.6. Durante el mes objeto de cobro se gestionaron las novedades académicas presentadas de los aprendices de las fichas 3153531(24 aprendices, 29,9 horas) y 3170200 (20 aprendices, 6 horas) del programa Técnico en Operaciones Comerciales de Retail y Técnico en Asistencia Administrativa.             |

**PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:**

1. Cumpli 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

**DIANA MARCELA AMAYA CALDAS**  
**EL CONTRATISTA**

**CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
- 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,

**SORAYA MENDOZA TARAZONA**  
**INSTRUCTOR**

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**  
**JORGE ORLANDO VALLEJO SUAREZ**  
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE   |                            |                           |                              |
|---|----------------------------|---------------------------|------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:  | CÉDULA DE CIUDADANÍA       | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 52795191                     |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:  | DIANA MARCELA AMAYA CALDAS |                           |                              |
| CIUDAD/MUNICIPIO:   | BOGOTA DISTRITO CAPITAL    | DEPARTAMENTO:             | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL    |
| DIRECCIÓN:  | CARRERA 88 NO. 68 68       | TELÉFONO:                 | 5414220                      |
| TIPO APORTANTE:   | 02-INDEPENDIENTE           | CLASE APORTANTE:          | I-INDEPENDIENTE              |
| TIPO EMPRESA:   | PRIVADA                    | ACTIVIDAD ECONOMICA:      | Educación media técnica y de |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:  | ÚNICO                      |                           |                              |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO                         |                           |                              |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |                   |                      |                  |
|--------------------------------|-------------------|----------------------|------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | <b>7978089911</b> | TIPO DE PLANILLA:    | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN             | MES: julio        | PERIODO COTIZACIÓN   | MES: julio       |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO: 2025         | SALUD:               | AÑO: 2025        |
| DÍAS DE MORA:                  | 0                 |                      |                  |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2025/08/01        | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 1669342072       |

| 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               |        |   |  |            |                   |
| ADMINISTRADORA        |        |   |  |            |                   |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |  |            |                   |
| 9003360047            | 25-14  | 25-14 COLPENSIONES                      |  | 1          | \$ 294.400        |
| <b>SUBTOTAL:</b>      |        |   |  | <b>1</b>   | <b>\$ 294.400</b> |
| SALUD                 |        |   |  |            |                   |
| ADMINISTRADORA        |        |   |  |            |                   |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |  |            |                   |
| 8300035647            | EPS017 | EPS017-FAMISANAR                        |  | 1          | \$ 230.000        |
| <b>SUBTOTAL:</b>      |        |   |  | <b>1</b>   | <b>\$ 230.000</b> |
| RIESGOS PROFESIONALES |        |   |  |            |                   |
| ADMINISTRADORA        |        |   |  |            |                   |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |  |            |                   |
| 8600111536            | 14-23  | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. |  | 1          | \$ 9.700          |
| <b>SUBTOTAL:</b>      |        |   |  | <b>1</b>   | <b>\$ 9.700</b>   |

|                        |                   |
|------------------------|-------------------|
| <b>VALOR SIN MORA:</b> | <b>\$ 534.100</b> |
| <b>VALOR MORA:</b>     | <b>\$ 0</b>       |
| <b>TOTAL PAGADO:</b>   | <b>\$ 534.100</b> |



## PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

### FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

#### Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de brindar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.



## FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, agosto 8 de 2025

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 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:

|             |                   |                                    |             |
|-------------|-------------------|------------------------------------|-------------|
| <b>C.C.</b> | <b>1028481244</b> | <b>CAMELO AMAYA ILVAr SANTIAGO</b> | <b>HIJO</b> |
|-------------|-------------------|------------------------------------|-------------|

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados

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,

*Diana M Amaya C*

FIRMA

Nombre: DIANA MARCELA AMAYA CALDAS

C.C. 52795191

**NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO**

**REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES**



En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

| DEDUCCION    | CONCEPTO   | REQUISITOS   |
|--------------|--|--|
| DEPENDIENTES | Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.  | Registro civil de nacimiento   |
|              | Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. | Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas |
|              | Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.  | Certificado de Medicina Legal  |
|              | El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal   | Certificado de Contador Público<br>Certificado de Medicina Legal     |
|              | Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.   | Certificado de Contador Público<br>Certificado de Medicina Legal     |



ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL



**NUIP** 1028481244

**REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial 37717248

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría  Notaría  Número  Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código A B V

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

REGISTRADURIA DE REGISTRADURIA CHAPINERO - CLINICA CAEAM COLOMBIA CU

Datos del inscrito

Primer Apellido CAMELO\*\*\*\*\* Segundo Apellido AMAYA\*\*\*\*\*

Nombre(s) ILVAR SANTIAGO\*\*\*\*\*

Fecha de nacimiento Año 2006 Mes MAR Día 13 Sexo (en letras) MASCULINO\*\*\*\*\* Grupo sanguíneo O\*\*\*\*\* Factor RH +\*\*\*\*\*

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA DC\*\*\*\*\*

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO\*\*\*\*\*

Número certificado de nacido vivo A7147477\*\*\*\*\*

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos AMAYA CALDAS DIANA MARCELA\*\*\*\*\*

Documento de identificación (Clase y número) CEDULA DE CIUDADANIA 0052795191\*\*\*\*\*

Nacionalidad COLOMBIA\*\*\*\*\*

Datos del padre

Apellidos y nombres completos CAMELO LAITON ILVAR CELINO\*\*\*\*\*

Documento de identificación (Clase y número) CEDULA DE CIUDADANIA 0079862514\*\*\*\*\*

Nacionalidad COLOMBIA\*\*\*\*\*

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos CAMELO LAITON ILVAR CELINO\*\*\*\*\*

Documento de identificación (Clase y número) CEDULA DE CIUDADANIA 0079862514\*\*\*\*\*

Firma

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 2006 Mes MAR Día 14

Nombre y firma del funcionario que autoriza MARIO ALONSO LOPEZ SANCHEZ\*\*\*\*\*

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

N.M.

OFICINA DE REGISTRO



ES FOTOCOPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN  
ESTA OFICINA

VALIDA PARA DEMOSTRAR PARENTESCO  
ART. 115 DEC.1260/70 Y ART. 1 DEC. 278/72  
ESTE REGISTRO TIENE VALIDEZ PERMANENTE



GUILLERMO MARTINEZ MARTINEZ

20 MAYO 2013



UNIVERSIDAD LIBRE

NIT 8600137985

Calle 8 # 5-80 / PBX: 1800018560

FINR17\_GWT\*

12 de julio de 2025 18:12:36

Mis recibos por pagar

Ref. 2007414

BANCO DAVIVIENDA

BANCO CAJA SOCIAL

FECHA DE EXPEDICIÓN 10 de julio de 2025

|                    |   |                                   |
|--------------------|---|-----------------------------------|
| NOMBRE             | CAMELO AMAYA ILVAR SANTIAGO   |                                   |
| No. IDENTIFICACIÓN | <b>1028481244</b>   | Código: 076232045 Tel. 3041601639 |
| PERIODO            | 20252 SEMESTRE/AÑO 5  |                                   |
| PROGRAMA ACAD.     | 02769 - Ingeniería de Sistemas (Snies 5022)Res. 015904 (31/08/2023)vigencia 7 años - duración 8 semestres ACREDITACIÓN EN ALTA CALIDAD Res. 015904 (31/08/2023)vigencia 6 años ( UNICA) |                                   |
| CONCEPTO           | 500087 - Programas Semestralizados.   | <b>\$ 7,109,000.00 COP</b>        |

| CONCEPTO DE PAGO  | VALOR                      | FECHA LÍMITE |
|---|----------------------------|--------------|
| Ordinaria   | <b>\$ 7,109,000.00 COP</b> | 31/07/2025   |
| Asig. matriculadas: ING22030 - ING22028 - ING22033 - ING22029 - ING22031 - ING22032 |                            |              |

SELLO DEL BANCO

El pago por canal virtual se debe realizar por el botón PSE de la página web de la Universidad Libre. No se aceptan transferencias de Banco a Banco ya que no registran el número de referencia-factura. Si cancela con cheque, debe ser de Gerencia y deberá terminar el endoso en la Sindicatura de la Universidad.



UNIVERSIDAD LIBRE

NIT 8600137985

Calle 8 # 5-80 / PBX: 1800018560

FINR17\_GWT\*

12 de julio de 2025 18:12:36

Mis recibos por pagar

Ref. 2007414

BANCO DAVIVIENDA

BANCO CAJA SOCIAL

FECHA DE EXPEDICIÓN 10 de julio de 2025

|                    |   |                                   |
|--------------------|---|-----------------------------------|
| NOMBRE             | CAMELO AMAYA ILVAR SANTIAGO   |                                   |
| No. IDENTIFICACIÓN | <b>1028481244</b>   | Código: 076232045 Tel. 3041601639 |
| PERIODO            | 20252   |                                   |
| PROGRAMA ACAD.     | 02769 - Ingeniería de Sistemas (Snies 5022)Res. 015904 (31/08/2023)vigencia 7 años - duración 8 semestres ACREDITACIÓN EN ALTA CALIDAD Res. 015904 (31/08/2023)vigencia 6 años ( UNICA) |                                   |
| SEMESTRE/AÑO       | 5   |                                   |
| CONCEPTO           | 500087 - Programas Semestralizados.   | <b>\$ 7,109,000.00 COP</b>        |

| CONCEPTO DE PAGO  | VALOR                      | FECHA LÍMITE |
|---|----------------------------|--------------|
| Ordinaria   | <b>\$ 7,109,000.00 COP</b> | 31/07/2025   |
| Asig. matriculadas: ING22030 - ING22028 - ING22033 - ING22029 - ING22031 - ING22032 |                            |              |

SELLO DEL BANCO

El pago por canal virtual se debe realizar por el botón PSE de la página web de la Universidad Libre. No se aceptan transferencias de Banco a Banco ya que no registran el número de referencia-factura. Si cancela con cheque, debe ser de Gerencia y deberá terminar el endoso en la Sindicatura de la Universidad.



UNIVERSIDAD LIBRE

NIT 8600137985

Calle 8 # 5-80 / PBX: 1800018560

FINR17\_GWT\*

12 de julio de 2025 18:12:36

Mis recibos por pagar

Ref. 2007414

BANCO DAVIVIENDA

BANCO CAJA SOCIAL

FECHA DE EXPEDICIÓN 10 de julio de 2025

|              |                         |
|--------------|-------------------------|
| NOMBRE       | CAMELO AMAYA ILVAR...   |
| No. IDENT.   | <b>1028481244</b>       |
| PERIODO      | 20252                   |
| PROG.        | 02769 - Ingeniería d... |
| SEMESTRE/AÑO | 5                       |
| CONCEP.      | Programas Semestra.     |

Ordinaria \$ 7,109,000.00 COP PAGUE HASTA 31/07/2025



(415)7709998001800(8020)001028481244700020074149(3900)07109000(96)20250731

| CONC. DE PAGO | VALOR                      | FEC. LÍMITE |
|---------------|----------------------------|-------------|
| Ordinaria     | <b>\$ 7,109,000.00 COP</b> | 31/07/2025  |

| Cod. BCO. | No. CHEQ. GER. | VALOR     |
|-----------|----------------|-----------|
|           |                |           |
|           |                | EFFECTIVO |
|           |                | TOTAL     |

VIGILADA MINEDUCACIÓN

E  
S  
T  
U  
D  
I  
A  
N  
T  
E  
  
U  
N  
I  
V  
E  
R  
S  
I  
D  
A  
D

B  
A  
N  
C  
O



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: DIANA MARCELA AMAYA CALDAS

IDENTIFICACIÓN

CIUDAD BOGOTA FECHA AGOSTO 8 2025 REGIONAL BOGOTA 52.795.191

DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO: CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS COORDINACION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO: 7528694 febrero 20 de 2025

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   |              | Nestor Puerto   |       |
| ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS   |              |   |       |
| ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación)<br>SECRETARÍA GENERAL |              | Soraya Mendoza Tobarona   | N.A.  |
| ALMACÉN E INVENTARIOS  |              | Generar reporte de <a href="https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx">https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx</a> y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo. |       |
| SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)                            |              | Lilibeth Usategui   |       |
| CONTABILIDAD   | X            | Carlos A Perera C.  |       |
| TESORERIA  | X            | Nestor W Liria A  |       |
| COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ACADEMICA  |              | Soraya Mendoza Tobarona   |       |
| BIBLIOTECA   |              | Klaah Brijaldo  |       |
| OTRO   |              |   |       |
| OTRO   |              |   |       |
| SUPERVISOR DE CONTRATO   |              | Soraya Mendoza Tobarona   |       |

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

OTROS :

*Diana M Amaya C*

Firma del Contratista

|   |  |                   |
|---|--|-------------------|
|  | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA<br>PROCESO DE GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA<br>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 527951910 NO ha sido registrado en la Base de Datos y por tanto NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 5 de Agosto de 2025 a las 09:47:08

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.

## PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES CERTIFICADO HISTORICO DE PAGOS

El servicio de liquidación SOI certifica que DIANA MARCELA, identificado con documento CÉDULA DE CIUDADANÍA 52795191, ha realizado el pago de aportes a la Seguridad Social de sus empleados para los periodos que se relacionan a continuación:

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

|                        |                         |                           |   |
|------------------------|-------------------------|---------------------------|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:   | CÉDULA DE CIUDADANÍA    | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 52795191  |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | DIANA MARCELA           |                           |   |
| CIUDAD/MUNICIPIO:      | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO:             | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL                       |
| DIRECCIÓN:             | CARRERA 88 NO. 68 68    | TELÉFONO:                 | 5414220   |
| TIPO APORTANTE:        | 02-INDEPENDIENTE        | CLASE APORTANTE:          | I-INDEPENDIENTE                                 |
| TIPO EMPRESA:          | PRIVADA                 | ACTIVIDAD ECONOMICA:      | Educación media técnica y de formación laboral. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO                   |                           |   |

### INFORMACIÓN HISTÓRICA DE PAGOS

| PERIODO DE PAGO           | No PLANILLA | FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd) | TIPO DE PLANILLA | VALOR PAGADO |
|---------------------------|-------------|----------------------------|------------------|--------------|
| AGOSTO 2025-AGOSTO 2025   | 7981158452  | 2025/08/04                 | I-INDEPENDIENTES | \$ 142.600   |
| JULIO 2025-JULIO 2025     | 7978089911  | 2025/08/01                 | I-INDEPENDIENTES | \$ 534.100   |
| JUNIO 2025-JUNIO 2025     | 7974312683  | 2025/07/07                 | I-INDEPENDIENTES | \$ 534.100   |
| MAYO 2025-MAYO 2025       | 7970476673  | 2025/06/06                 | I-INDEPENDIENTES | \$ 534.100   |
| ABRIL 2025-ABRIL 2025     | 7965877449  | 2025/05/06                 | I-INDEPENDIENTES | \$ 534.100   |
| MARZO 2025-MARZO 2025     | 7963442690  | 2025/04/01                 | I-INDEPENDIENTES | \$ 534.100   |
| FEBRERO 2025-FEBRERO 2025 | 7961454322  | 2025/03/10                 | I-INDEPENDIENTES | \$ 192.900   |