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 CASANARE

CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE

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

Código Regional	**85**
Código Centro	**951910**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**89021-329823**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DEYANIRA DAVILA ACEVEDO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	46.369.711	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ddavilaa@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	36375901492
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**	SI

¿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:	7341749/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**12425**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES COMO INSTRUCTOR DEL PROGAMA ARTICULACION CON LA MEDIA DOBLE TITULACION, DE ACUERDO CON LA PROGRAMACION ASIGNADA POR EL CAFEC EN SU AREA DE INFLUENCIA, PARA LA RED DE CONOCIMIENTO GESTION, RAD. 85-9-2025-000354

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2025 Al 31/10/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 10.312.060
Número de pago	**9**	**Valor Total del Contrato:**	$ 49.782.357
Valor Bruto Pago:	**$ 5.333.824,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 4.978.236

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 5.333.824	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 246.125	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.579.949**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.720.649**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Octubre	Setiembre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**4623383829**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.720.649,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 2.133.530	$ 2.133.530	Base retención en la fuente a titulo de ICA	5.579.949,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 266.700	$ 266.700	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 341.400	$ 341.400	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 I		$ 11.200	$ 11.200	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Reteica - 8299 - YOPAL	55.799,00	1,000%
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		$ -		-	0,00	0%
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%	$ 32.784.341	$ 1.240.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 8.927.000					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$5.278.025,00**	

SON: CINCO MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL VEINTICINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHAS 3091096,3100797,3090486 COMPETENCIA RECONOCER RECURSOS FINANCIEROS DE ACUERDO CON METODOLOGÍA Y NORMATIVA. RA RECONOCER PASIVOS, SEGÚN CRITERIOS DE MEDICIÓN, PROCEDIMIENTO TÉCNICO Y NORMATIVA. RECONOCER E IDENTIFICAR LOS ANTICIPO DE IMPUESTOS SOBRE LA RENTA, CORRESPONDIENTE A LA RETENCION EN LA FUENTE Y SU APLICACIÓN EN LOS DIFERENTES HECHOS ECONOMICOS HRS 36. FICHAS 2850225,2850245,2869398 APLICAR HERRAMIENTAS OFIMÁTICAS EN EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN CONTABLE, SEGÚN POLÍTICAS DE LA ORGANIZACIÓN. HRS 76 FICHAS 2850225,2850245,2869398 'EJERCER DERECHOS FUNDAMENTALES DEL TRABAJO EN EL MARCO DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA Y LOS CONVENIOS. '01- RECONOCER EL TRABAJO COMO FACTOR DE MOVILIDAD SOCIAL Y TRANSFORMACIÓN VITAL CON REFERENCIA A LA FENOMENOLOGÍA Y A LOS DERECHOS FUNDAMENTALES EN EL TRABAJO. 02- VALORAR LA IMPORTANCIA DE LA CIUDADANÍA LABORAL CON BASE EN EL ESTUDIO DE LOS DERECHOS HUMANOS Y FUNDAMENTALES EN EL TRABAJO.HRS 48 HR 160

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

DEYANIRA DAVILA ACEVEDO
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 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.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

EDWIN ALONSO QUINTERO
INSTRUCTOR G11

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
JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA
DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

28/10/25 22:03:27 USUARIO: SIC - C.C. 46369711

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	46369711
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DEYANIRA DAVILA ACEVEDO
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOPAL	DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	CLL 6 N 20-43	TELÉFONO:	6356146
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

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4623383829**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		25					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/10/28		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9994465427	

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 384.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 5.900	$ 0	$ 384.000	$ 5.900	$ 389.900
SUBTOTALES:										**$ 384.000**	**$ 5.900**	**$ 389.900**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 300.000	$ 0	$ 4.600	$ 0	$ 300.000	$ 4.600	$ 0	$ 304.600
SUBTOTALES:													**$ 300.000**	**$ 4.600**	**$ 0**	**$ 304.600**

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	$ 25.100	$ 25.100	$ 400	$ 0	$ 25.500
SUBTOTALES:									**$ 25.100**	**$ 400**	**$ 0**	**$ 25.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD					ARP													
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	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS 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	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 46369711	DAVILA ACEVEDO DEYANIRA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.400.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.400.000	$ 384.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 384.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.400.000	$ 300.000	$ 0	$ 300.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.400.000	46369711	$ 25.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 720.000

Planilla Pagada

TEJADA LOS PINOS

DEYANIRA DAVILA ACEVEDO - NIT 46369711-0
TRANSVERSAL 15 28 A 14, Yopal, Casanare,
Tel: +573124304293320233 1736
tejadala40@gmail.com ;

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

No. FE993
No responsable de IVA

SEÑOR(ES)	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA		**FECHA DEL DOCUMENTO (DD/MM/AA)**
DIRECCIÓN	Cl 57 8 69 BOGOTÁ, D.C. COLOMBIA, Colombia, Bogotá, D.C., Bogotá D.C.		28/10/2025
			FECHA DE VENCIMIENTO
TELÉFONO	5461500	**NIT** 899999034-1	28/10/2025

ID	Ítem	Unidad	Precio	Cantidad	Descuento	Total
1	Ejecución parcial mes de octubre (del 01 al 31) de 2025; de ContratoNo.CO1.PCCNTR.7341749/2025	Unidad	$5.333.824	1		$5.333.824

Moneda: COP
Generado: 2025-10-28 21:37:45-05:00
Validación DIAN: 2025-10-28 21:38:45-05:00

Tipo de operación: Estándar
Forma de pago: Contado
Medio de pago: Transferencia débito

#$36-02-00-085-951910; ealonsoq@sena.edu.co #$ DE 2025.

CO1.PCCNTR.7341749; HONORARIOS MES DE OCTUBRE

CUFE: 3e22976b0babddbc8c46dc7fa3b682ef47948e32e514503e5f2203b56b81491951834bd636238826cbb9381bd84495b2

Esta factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de conformidad con el Art. 774 del código de comercio. Autorizo que en caso de incumplimiento de esta obligación sea reportado a las centrales de riesgo, se cobraran intereses por mora. FAVOR CONSIGNAR A LA CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA No 363 75901492 A NOMBRE DE DEYANIRA DAVILA ACEVEDO CC 46369711

Subtotal	$5.333.824
Total	$5.333.824

Total de lineas: 1

DEYANIRA DAVILA ACEVEDO

ELABORADO POR

ACEPTADA, FIRMA Y/O SELLO Y FECHA

Autorización de numeración de facturación N° 18764097160653 de 2025-08-18 Modalidad Factura Electrónica Desde N° FE969 hasta FE1000 con vigencia hasta 2026-02-18

Representación gráfica de factura de venta electrónica

Proveedor tecnológico: Soluciones Alegra S.A.S - Software: Alegra - NIT 900.559.088-2

Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País

Usuario que Genera Reporte:	MHjmedinap	JOHANA ASTRID MEDINA PENA
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-085-951910	CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE
Fecha y Hora Generación Reporte:	miércoles, 8 de octubre de 2025	

Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

Solicitud de Comisión No.	85325	**Fecha Solicitud**	2025-10-07	**Estado de la Comisión**	Autorizada	**Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-085-951910 CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE**		
Tipo de Comisión	Servicio	**Fecha Aut./ Rech.**	2025-10-08	**Genera Viáticos**	SI	**Genera gastos de viaje**	Si	**Requiere Pasajes Aéreos** NO
Transporte por Vía	Terrestre	**Área u Oficina**	CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE			**Tipo de trámite**	Inicial	**Comisión Inicial**

CDP de viáticos

Consecutivo CDP	8425	**Dependencia Solicitante**	951911 C AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE - INTEGRACION CON LA MEDIS-CASANARE
Rubro Presupuestal de Viaticos	C-3603-1300-20-20305C-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE SABERES PREVIOS CON ÉNFASIS EN POBLACIONES CAMPESINAS Y POPULARES EN COLOMBIA NACIONAL	**Rubro Presupuestal de Gastos de Viaje**	C-3603-1300-20-20305C-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE SABERES PREVIOS CON ÉNFASIS EN POBLACIONES CAMPESINAS Y POPULARES EN COLOMBIA NACIONAL

Nombre	Tipo y Número de Documento	Cargo	Estado	Fecha Inicial Comisión	Fecha final Comisión	Dpto. / Municipio Origen	Dpto. / Municipio Destino	N°. Días	Pernocta Último día Comisión	Porcentaje Pernocta	Total dias	Base de Liquidación	Valor Viático Diario	Valor Total Viáticos	Valor Gastos de Viaje	Valor total a pagar	Objeto de la Comisión por Tercero
DEYANIRA DAVILA ACEVEDO	CC: 46369711	CONTRATISTA	Autorizada	2025-10-20	2025-10-20	CASANARE / YOPAL	CASANARE / RECETOR	0,5	No	50	0,5	5.333.824,00	270.058,00	135.029,00	111.096,00	246.125,00	EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN TÉCNICA DEL PROGRAMA ARTICULACIÓN CON LA EDUCACIÓN MEDIA, FICHA 2850225 CONTABILIZACION DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS. EN EL MUNICIPIO DE RECETOR.
				2025-10-20	2025-10-20	CASANARE / RECETOR	CASANARE / YOPAL	0	No	0							
											Totales Solicitud de Comisión			**135.029,00**	**111.096,00**	**246.125,00**	

OBJETO DE LA COMISIÓN

EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN TÉCNICA DEL PROGRAMA ARTICULACIÓN CON LA EDUCACIÓN MEDIA, FICHA 2850225 CONTABILIZACION DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS. EN EL MUNICIPIO DE RECETOR.

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Firmado digitalmente por: MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
Serial del certificado: 5540827336374662968
Entidad: Persona Juridica
Unidad Organizacional: SUBDIRECCION DE OPERACIONES
Hora de firma: 2025/10/08 18:36:52 -05:00

ORDENADOR DEL GASTO

Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.

Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País

Usuario que Genera Reporte:	MHjmedinap	JOHANA ASTRID MEDINA PENA
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-085-951910	CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE
Fecha y Hora Generación Reporte:	miércoles, 8 de octubre de 2025	

Identificacion:	39620536	Nombre:	JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA	Cargo:	SUBDIRECTOR CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE

VISTO BUENO JEFE INMEDIATO

Nombre:	""	Cargo:	""

Firma Responsable

Verificado Por:	LINDY VIVIANA MORENO ROJAS	Fecha Verificación:	08/10/2025 17:29:18

Firmado digitalmente por:
Nombre: JOHANA ASTRID MEDINA PENA
Cédula de ciudadanía: 39620536
Usuario SIIF: MHjmedinap
8/10/2025 6:37:02 p. m.

Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO – CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA: Yopal, 20 de Octubre de 2025

PRESENTADO A: JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA- Directora Del SENA Regional Casanare

ORDEN DE VIAJE No: 85325	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
	20 de Octubre de 2025	20 de Octubre de 2025
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA : (ciudad)**
	Centro Agroindustrial y Fortalecimiento empresarial de Casanare	Yopal- Recetor- Yopal

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO:

1. Ejecutar las actividades de formación técnica del programa Articulación con la Educación Media, ficha 2850225 CONTABILIZACIÓN DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS en el municipio de RECETOR.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. Se Orientó formación profesional integral a la ficha No. 2850225 CONTABILIZACIÓN DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS. Competencia 210303022 - Reconocer recursos financieros de acuerdo con metodología y normativa, en el municipio de RECETOR, Casanare.
2. Se desarrolló la actividad de la guía de aprendizaje donde se realizan actividades para cumplir con el resultado de aprendizaje: APLICAR HERRAMIENTAS OFIMÁTICAS EN EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN CONTABLE, SEGÚN POLÍTICAS DE LA ORGANIZACIÓN. AA Aplicar un clico contable en un sistema informático contable para conocer el proceso de manera tecnológica.

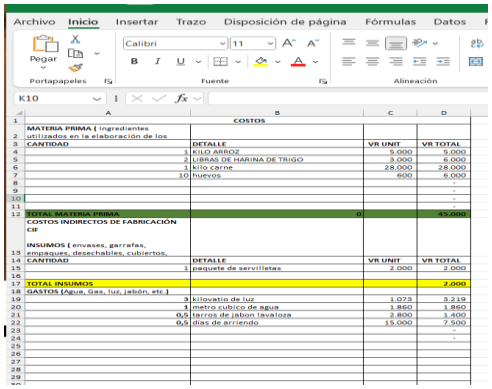
RESULTADOS:

1. La instructora impartió formación sobre el tema y los aprendices atendieron a la formación para terminar con los soportes contables requeridos para la culminación del proyecto.
2. La actividad fue evaluada positivamente.

EVIDENCIAS O SOPORTES: **Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe**

1. Se anexa evidencia





	COSTOS		
MATERIA PRIMA (Ingredientes utilizados en la elaboración de los			
CANTIDAD	DETALLE	VR UNIT	VR TOTAL
1	KILO ARROZ	5.000	5.000
2	LIBRAS DE HARINA DE TRIGO	3.000	6.000
1	kilo carne	28.000	28.000
10	huevos	600	6.000
			-
			-
			-
TOTAL MATERIA PRIMA		0	45.000
COSTOS INDIRECTOS DE FABRICACIÓN CIF			
INSUMOS (envases, garrafas, empaques, desechables, cubiertos,			
CANTIDAD	DETALLE	VR UNIT	VR TOTAL
1	paquete de servilletas	2.000	2.000
TOTAL INSUMOS			2.000
GASTOS (Agua, Gas, luz, jabón, etc.)			
3	kilovatio de luz	1.073	3.219
1	metro cubico de agua	1.860	1.860
0,5	tarros de jabon lavaloza	2.800	1.400
0,5	dias de arriendo	15.000	7.500
			-
			-

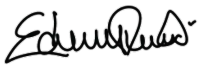
2. Se anexan tiquetes de viaje intermunicipal**.**

COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
No se realizan más actividades		

CONCLUSIÓNES:

1. Se impartió formación de la competencia: Competencia 210303022 - Reconocer recursos financieros de acuerdo con metodología y normativa, en el municipio de RECETOR, Casanare. Programa CONTABILIZACIÓN DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS ficha 2850225.
2. Los aprendices recibieron formación sobre el tema y aplicaron un clico contable en un sistema informático para conocer el proceso de manera tecnológica.

DATOS DEL CONTRATISTA	
NOMBRE Y APELLIDO	**FIRMA**
DEYANIRA DÁVILA ACEVEDO	

VISTO BUENO SUPERVISOR		
CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
Coordinador de Programas Especiales	**EDWIN ALONSO QUINTERO**	



Calle 8 No. 14 - 25 / AGUAZUL (Casanare)
(8)638 35 42 312 4330666
cootransaguazul@gmail.com /

NIT. 800.251.621-2
Cootransaguazul Ltda.

TIQUETE
209176

NOMBRE: Deyanira Dávila A PUESTO No. 3
FECHA: Oct. 20. 25 HORA: 6:00 AM No. INTERNO: 125
ORIGEN: Yopal
DESTINO: Recetor
VALOR $ 30.000=

Este tiquete será exigido por la Empresa, la Compañia de Seguros y/o las autoridades de Transporte o Transito en lo que sea de su competencia.



Calle 8 No. 14 - 25 / AGUAZUL (Casanare)
(8)638 35 42 312 4330666
cootransaguazul@gmail.com /

NIT. 800.251.621-2
Cootransaguazul Ltda.

TIQUETE
209177

NOMBRE: Deyanira Dávila A PUESTO No. 6
FECHA: Oct. 20. 25 HORA: 6:00 PM No. INTERNO: 125
ORIGEN: Recetor
DESTINO: Yopal
VALOR $ 30.000

Este tiquete será exigido por la Empresa, la Compañia de Seguros y/o las autoridades de Transporte o Transito en lo que sea de su competencia.

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Yopal, 30 de Octubre de 2025

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
La 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:

NUIP - NIP	**1029666871**	**YEIMI SILVANA SALAMANCA DÁVILA**	**HIJA**

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: Deyanira Dávila Acevedo
C.C. 46369711

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

NUIP 1.029.666.871

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51501714

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A F E

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

REGISTRADURIA DE YOPAL-C CASANARE - COLOMBIA - CASANARE - YOPAL

Datos del inscrito

Primer Apellido: SALAMANCA
Segundo Apellido: DAVILA
Nombre(s): YEIMI SILVANA
Fecha de nacimiento: Año 2011 Mes DIC Día 16
Sexo (en letras): FEMENINO
Grupo sanguíneo: A
Factor Rh: POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección): COLOMBIA CASANARE YOPAL

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: 11008561-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: DAVILA ACEVEDO DEYANIRA
Documento de identificación (Clase y número): CC 46.369.711
Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: SALAMANCA BARRERA MIGUEL ANTONIO
Documento de identificación (Clase y número): CC 9.655.833
Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres: SALAMANCA BARRERA MIGUEL ANTONIO
Documento de identificación (Clase y número): CC 9.655.833
Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres:
Documento de identificación (Clase y número):
Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:
Documento de identificación (Clase y número):
Firma

Adhesivo Copia Registro Civil 18007828-3

Fecha de inscripción

Año 2011 Mes DIC Día 20

Nombre y firma del funcionario que autoriza: JORGE VILLAMIZAR TRUJILLO - REGIS

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURIA ESPECIAL DEL ESTADO CIVIL DE YOPAL CASANARE

SE EXPIDE A SOLICITUD DE:

NO DOC IDENTIDAD:

En cumplimiento Decretos 114 y 115 de la ley 1260 de 1970

FECHA:

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

José Antonio Ayala Sanchez
REGISTRADOR ESPECIAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRADURIA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Escaneado con CamScanner