

 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 CAUCA CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL CAUCA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		19				
			Código Centro		930710				
			Fecha Elaboración		Noviembre de 2025				
			Versión		ENERO - 2.25				
			ID de Proceso		80938-652553				
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:		STEPHANIE LISSET PEREZ GAVIRIA		Banco a consignar:		DAVIVIENDA			
Cédula de Ciudadanía		1.061.693.989		Tipo de cuenta:		AHORROS			
Correo electrónico:		sperezg@sena.edu.co		Número de Cuenta:		488439038438			
IP/N° de contacto:		1		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									
N° del contrato:		8460959/2025		N° Compromiso SIIF	537225	Número de pagos durante la vigencia del contrato	3		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		930710-0539 PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA IMPARTIENDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL VIRTUAL EN EL PROYECTO LA COORDINACIÓN ACADÉMICA TITULADA DEL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS, EN LA RED: INFORMÁTICA DISEÑO Y DESARROLLO DE SOFTWARE							
DATOS PERIODO DEL PAGO									
Del		28/10/2025		Al		31/10/2025			
Número de pago		1		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 9.658.973			
Valor Bruto Pago:		\$ 2.453.072,00		Valor Total del Contrato:		\$ 9.658.973			
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 7.205.901			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Ingresos por honorarios		\$ 2.453.072		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		\$ 2.453.072		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 1.529.772		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR									
		Octubre		Setiembre		Base retención en la fuente a titulo de RENTA		1.529.772,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		8638645806		Base retención en la fuente a titulo de ICA		2.453.072,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.423.500		\$ 0		Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 178.000		\$ 0		IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 227.800		\$ 0		Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA		0,00	15%
ARL		\$ 7.500		\$ 0		Reteica - 8551 - POPAYAN		4.906,00	0,200%
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		\$ -						0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -						0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -						0,00	0,000%
Dependientes hasta		\$ -						0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 796.784		\$ -				0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 9.835.302		\$ 510.000				0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 0						0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$						0,00	
						Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
						VALOR A PAGAR		\$2.448.166,00	
SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CIENTO SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE									
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
EQUIPOS DE CÓMPUTO, CONCEPTOS.									
HARDWARE. CONCEPTOS.									
BUS DE DATOS, TARJETA DE SONIDO, TARJETA DE VIDEO, MAIN BOARD, MEMORIA RAM, MEMORIA ROM, FUENTE, FAX MODEM									
PARTES Y ENSAMBLAJE: CPU, ALMACENAMIENTO, PERIFÉRICOS Y DISPOSITIVOS									
PROCESADORES DE TEXTOS									
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						Firmado digitalmente por Stephanie Perez Fecha: 2025.11.07 18:18:26 -05'00'			
				STEPHANIE LISSET PEREZ GAVIRIA 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,					
				ADA LORENA CERON ROSERO INSTRUCTOR G20					
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 HENRY ARMANDO MORALES FERNANDEZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02									



RAZÓN SOCIAL :	STEPHANIE LISSET PEREZ GAVIRIA
IDENTIFICACIÓN:	CC-1061693989
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-11-03
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-11-25
FECHA DE PAGO:	2025-10-30
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2025-10
PERÍODO SALUD:	2025-10
NÚMERO PLANILLA:	8638645806
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8633523769
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS018	805001157	SOS-EPS	1	\$ 1.840.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 230.000	\$ 230.000
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 1.840.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 294.400	\$ 294.400
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.840.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 9.700	\$ 9.700
CCF14	891500182	COMFACAUCA	1	\$ 1.840.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 11.100	\$ 11.100
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 545.200	\$ 545.200

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	22/12/2025
----------------------------------	------------

FACTURAS

BANCO DE OCCIDENTE

NUMERO TRANSACCION: 9738823

FECHA: 30/10/2025 HORA: 14:00:06

VENDEDOR: KAREN LIZETH VACA MARTINEZ
POPAYAN

NIT: 800100375-0

CODIGO SEGURIDAD
(3535H6336H8

PLANILLA ASISTIDA ASOPAGOS

REFERENCIA: 8633523769

NURA: 00001139

VALOR DEL PAGO: \$545,200

FECHA APLICACION: 30/10/2025

FECHA DEL PAGO: 30/10/2025 HORA: 14:00:05

NRO AUTORIZACION: 223217

PUNTO DE RECAUDO: 11111834

NOMBRE SORTEO: BOGOTA

NUMERO DE 4 CIFRAS: 3314

FECHA SORTEO: 30/10/2025

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO

DE OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE

TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACION.

VERIFIQUE LA INFORMACION. ESTE ES EL

UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.

REQUERIMIENTOS 018000 512825 OPCION 3

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto02Actualización

4. Número de formulario141157560938

(415)7707212489984(8020)0000141157560938

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)106169398946. DV412. Dirección seccionalImpuestos y Aduanas de Popayán14. Buzón electrónico17

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyentePersona natural o sucesión ilíquida225. Tipo de documentoCédula de Ciudadanía1326. Número de Identificación1061693989

Lugar de expedición28. PaísCOLOMBIA16929. DepartamentoCauca1930. Ciudad/MunicipioPopayán001

31. Primer apellidoPEREZ32. Segundo apellidoGAVIRIA33. Primer nombreSTEPHANIE34. Otros nombresLISSET

35. Razón social

36. Nombre comercial37. Sigla

UBICACIÓN

38. PaísCOLOMBIA16939. DepartamentoCauca1940. Ciudad/MunicipioPopayán001

41. Dirección principalCL 55 N 8 A 19 URB MORINDA42. Correo electrónicostefaperez523@hotmail.com

43. Código postal44. Teléfono 1313788475745. Teléfono 23216087695

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal46. Código472347. Fecha inicio actividad2017040548. Código852249. Fecha inicio actividad2024010150. Código128551

Otras actividades

Ocupación

51. Código52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código49

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código

55. Forma56. TipoServicio12357. Modo58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. AnexosSI[]NO[X]60. No. de Folios:0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. NombrePEREZSTEPHANIE PEREZ G.

985. CargoCONTRIBUYENTE

Firmado digitalmente porStephanie PerezFecha: 2025.09.3000:25:40 -05'00'

Fecha generación documento PDF: 29-09-2025 10:38:52PM



SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.

NIT 805.001.157-2

CERTIFICA:

El(ia) señor(a) **STEPHANIE LISSET PEREZ GAVIRIA**, identificado(a) con CC 1061693989 se encuentra afiliado(a) en el Plan de Beneficios en Salud P.B.S. en la EPS **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.E. P.S.**, con fecha de última afiliación: 29/09/2006 y su estado de Afiliación a la fecha de generación este certificado es: **ACTIVO** por el Régimen **CONTRIBUTIVO**, en calidad de **COTIZANTE**

Su grupo familiar es:

Tipo de Documento	Numero de documento	Nombre del afiliado	Estado de afiliación
CC	1061693989	STEPHANIE LISSET PEREZ GAVIRIA	VIGENTE
T1	1061820485	MIA IZABELLA GUETIO PEREZ	VIGENTE

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago de Cali, a un (1) día del mes de OCTUBRE del año 2025

Información sujeta a verificación por parte de la EPS Servicio Occidental de Salud S.O.S. S.A. Esta información es propiedad privada del Ministerio de Salud y Protección Social

Este documento no es válido como autorización de servicios o traslado entre EPS.

Atentamente,

Andres Arango Zapata
Gerencia de Experiencia al Usuario

canales_webusr



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

STEPHANIE LISSET PEREZ GAVIRIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.061.693.989**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Octubre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



Hace constar:

Que el Sr(a) STEPHANIE LISSET PEREZ GAVIRIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061693989 realizó el día 03/11/2025 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo STEPHANIE LISSET PEREZ GAVIRIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061693989 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.

STEPHANIE PEREZ G.

Firmado
digitalmente por
Stephanie Perez
Fecha: 2025.11.03
15:56:10 -05'00'

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) STEPHANIE LISSET PEREZ GAVIRIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061693989 el día 03/11/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas



CERTIFICACION CUMPLIMIENTO CIRCULAR NO 01-03-2025- 0000017

Certifico que el señor (a) contratista **PEREZ GAVIRIA STEPHANIE LISSET** identificación cedula de ciudadanía No **1061693989** cumple con los documentos del siguiente perfil

CIUU	Área del contratista	Labor	Exámenes preempleo	Énfasis	Vacunación obligatoria hepatitis B
3331201	Instructor	Contratista	Optometría Audiometría Glicemia	Psicosocial Musculoesquelético	Si () No (X)

Documentos solicitados en la circular 01-03-2025- 0000017: “Exámenes Preocupacionales para Contratos de Prestación de Servicios Personales emitido por la secretaria general”. Este soporte debe ser entregado con la facturación inicial en cumplimiento del artículo 2.2.4.2.2.18.3 del Decreto 1072 de 2015.

VICTORIA EUGENIA SALAZAR MEDINA

Médico Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo
Universidad del Cauca
Registro 12510-10-2018

Se firma en Popayán el 21 de febrero de 2025