



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 META

CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META

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

| | |
|-------------------|-------------------|
| Código Regional | 50 |
| Código Centro | 911710 |
| Fecha Elaboración | Diciembre de 2025 |
| Versión | ENERO - 2.25 |
| ID de Proceso | 72475-505650 |

DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------|-------------|
| Nombres y apellidos: | MONICA LISETH SILVA QUINTERO | Banco a consignar: | BANCOLOMBIA |
| Cédula de Ciudadanía | 1.013.610.276 | Tipo de cuenta: | AHORROS |
| Correo electrónico: | msilva@sena.edu.co | Número de Cuenta: | 84982084805 |
| IP/Nº de contacto: | 0 | 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 | 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 | | | |
| 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: | 7489139/2025 | Nº Compromiso SIIF | 22125 | Número de pagos durante la vigencia del contrato | 11 |
| OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado) | SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR TEMPORALMENTE LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS LABORALES DEL SENA, Y CONSTRUCCIÓN Y REVISIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN, EN LAS NORMAS SECTORIALES DE COMPETENCIA LABORAL REL | | | | |

DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|-------------------|-----------------|----|------------|------------------------------|---------------|
| Del | 01/12/2025 | Al | 31/12/2025 | Saldo Anterior del Contrato: | \$ 5.324.000 |
| Número de pago | 11 | | | Valor Total del Contrato: | \$ 50.820.000 |
| Valor Bruto Pago: | \$ 4.840.000,00 | | | Nuevo Saldo del Contrato: | \$ 484.000 |

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|--------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------|-------------|
| Ingresos por honorarios | \$ 4.840.000 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | \$ 0 | Retención en la Fuente del Periodo | \$ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ 0 | | |
| TOTAL INGRESOS DEL PERIODO | \$ 4.840.000 | Menos, Retefuente Otros Ingresos | \$ 0 |
| BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE | \$ 2.975.100 | TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO | \$ 0 |

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

| | Diciembre | Noviembre | Base retención en la fuente a título de RENTA | 2.975.100,00 | TARIFA |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|-----------------------------------------------|-----------------------|--------|
| Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS | ----- | 92060970 | Base retención en la fuente a título de ICA | 4.840.000,00 | |
| Ingreso Base de Cotización - IBC | \$ 1.936.000 | \$ 1.936.000 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | \$ 242.000 | \$ 242.000 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | \$ 309.800 | \$ 309.800 | Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | \$ - | \$ 0 | Menos Retención IVA | 0,00 | 15% |
| ARL | \$ 20.300 | \$ 20.300 | Reteica - 8299 | 0,00 | 0,600% |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ - | - | | 0,00 | 0,600% |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ - | - | | 0,00 | 0,600% |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ - | - | | 0,00 | 0,600% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | \$ 300.800 | - | | 0,00 | 0,600% |
| 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 | \$ 992.000 | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | \$10.225.000 | - | | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | \$ - | - | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| | | | VALOR A PAGAR | \$4.840.000,00 | |

SON: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

- Se realizo organización de archivo para gestión documental, con revisión por parte del apoyo administrativo.
- Se realizo informes cualitativos de fortalezas y debilidades de los grupos 4 de administración de medicamentos y faenado de animales.
- Se asistió a la reunión de equipo ECCL para la finalización de organización de archivo de los proyectos.
- Se consolidó los proyectos ejecutados durante el contrato, con 303 candidatos evaluados y certificados.
- Se mostró evidencia de como se enviaban resultados a candidatos a través de whatsapp y correo electrónico.
- Se mostró ejemplo de como se exponían los casos de éxito, durante el periodo contractual.
- Se realizó el apoyo en elaboración de informe de supervisión final.

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

MONICA LISETH SILVA QUINTERO
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,

LINA MARIA SOLANO LOZANO
PROFESIONAL G02

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
HECTOR EDUARDO RUIZ MONDRAGON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|---------------------------------------------|--------------------|--------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1013610276 | MONICA LISETH SILVA QUINTERO | | Calle 37 A N°24-115 conjunto ciudad salitre | 3125341354 | monicasilvamvz@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | META | VILLAVICENCIO | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-11 | 2025-11 | I | 03/12/2025 | 92060970 | \$572.100 | |

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 | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 242.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 242.000 | 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 | |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 309.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 309.800 | 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 | 20.300 | | | | 20.300 | 0 | 0 | 20.300 | | | 203 | 20.300 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | | | |

| 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 | 242.000 | 242.000 |
| Pensión | 1 | 309.800 | 309.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 20.300 | 20.300 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 572.100 | 572.100 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|---------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1013610276 | MONICA LISETH SILVA QUINTERO | | Calle 37 A N°24-115 conjunto ciudad salitre | 3125341354 | monicasilvamvz@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | META | VILLAVICENCIO | |
| | | | | | | 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 | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-11 | 2025-11 | I | 03/12/2025 | 92060970 | \$572.100 | |

| DETALLE POR COTIZANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|-----------------------|------------------------------|-----------|---------|-----------|------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|---------|----|----|-----|-------|-----|------------|-------------------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | PENSIÓN | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No. | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Colom. exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | ISE | MA | MA | ASP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | 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 | 1013610276 | SILVA QUINTERO MONICA LISETH | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.936.000 | 309.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.936.000 | 242.000 | 14-23 | 1.936.000 | 2 | 20.300 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|---------------------------------------------|--------------------|--------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1013610276 | MONICA LISETH SILVA QUINTERO | | Calle 37 A N°24-115 conjunto ciudad salitre | 3125341354 | monicasilvamvz@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | META | VILLAVICENCIO | |

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-12 | 2025-12 | I | 03/12/2025 | 92061291 | \$572.100 | |

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 | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 242.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 242.000 | 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 |
|------------|-------------------------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 309.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 309.800 | 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 | 20.300 | | | | 20.300 | 0 | 0 | 20.300 | | | 203 | 20.300 | 1 |

TOTALES CAJAS

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| | | | | | | | |

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 | 242.000 | 242.000 |
| Pensión | 1 | 309.800 | 309.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 20.300 | 20.300 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 572.100 | 572.100 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|---------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1013610276 | MONICA LISETH SILVA QUINTERO | | Calle 37 A N°24-115 conjunto ciudad salitre | 3125341354 | monicasilvamvz@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | META | VILLAVICENCIO | |
| | | | | | | 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 | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | TOTAL A PAGAR | | | | |
| 2025-12 | 2025-12 | \$572.100 | | | | |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|---------|-----------|------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|----|----|-------|-----|-----|-------------------|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| No. | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Colom. exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | ISE | MA | MA | ASP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | 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 | 1013610276 | SILVA QUINTERO MONICA LISETH | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.936.000 | 309.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.936.000 | 242.000 | 14-23 | 1.936.000 | 2 | 20.300 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA



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: Monica Liseth Silva Quintero | | | | IDENTIFICACIÓN | |
| CIUDAD | villavicencio | FECHA | 18/11/2025 | REGIONAL | Meta |
| DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO: | | | Centro Agroindustrial del Meta - ECCL | | |
| NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO: | | CO1.PCCNTR.7489139 | | 17/02/2025 | |

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

| | | | | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|--------|--------------------------|------------------------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO | <input checked="" type="checkbox"/> | CESIÓN | <input type="checkbox"/> | LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO | <input type="checkbox"/> | TERMINACIÓN UNILATERAL | <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------|-------------------------------------|--------|--------------------------|------------------------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|

| DEPENDENCIA SENA | Marcar con x | RESPONSABLES | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| | | NOMBRES Y APELLIDOS | FIRMA |
| GESTIÓN DE TIC | <input checked="" type="checkbox"/> | Oscar Eduardo Peña Ramirez | |
| ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS | <input checked="" type="checkbox"/> | Ada Luz Herrera | |
| ENTREGA CARNE (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL | <input checked="" type="checkbox"/> | Lina Maria Solano Lozano | Lina Maria Solano Lozano |
| ALMACÉN E INVENTARIOS | <input checked="" type="checkbox"/> | 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) | <input checked="" type="checkbox"/> | Pablo Olimpo Pinzon Ortiz | Pablo Pinzon |
| CONTABILIDAD | <input checked="" type="checkbox"/> | Pierina Peña Rodriguez | |
| TESORERÍA | <input checked="" type="checkbox"/> | Idaly Castro Gonzalez | |
| COORDINACIÓN DE ÁREA/GRUPO/ACADEMICA | <input checked="" type="checkbox"/> | Paola Marcela Perez Cruz | |
| BIBLIOTECA | <input checked="" type="checkbox"/> | Maria Alejandra Acosta De Los Rios | Maria Alejandra A. |
| OTRO | | N/A | |
| OTRO | | N/A | |
| SUPERVISOR DE CONTRATO | <input checked="" type="checkbox"/> | Lina Maria Solano Lozano | Lina Maria Solano Lozano |

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) MONICA LISETH SILVA QUINTERO identificado(a) con CC. 1013610276 NO registra bienes a cargo. ✓

Fecha de emisión del reporte: 24 de Noviembre de 2025 a las 10:42:36

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.

Documento informativo. Para consultas dirijase a la página <https://miinventario.sena.edu.co> ingresando el número de documento del cuentadante.

Grupo de Almacenes e Inventarios.
SENA - Dirección General

Página 1 de 1