



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)

DIRECCIÓN GENERAL
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL

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

Código Regional	1
Código Centro	101001
Fecha Elaboración	Febrero de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	12015-431694

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	IVAN DARIO RIVERA GUZMAN	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.110.501.194	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	iriverag@sena.edu.co	Número de Cuenta:	07982512501
IP/Nº de contacto:	3168741325	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?			
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000			
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)			
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?			
Concepto del pago corresponde a:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7241000/2025	Nº Compromiso SIIF	64025	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: 01-9-2025-001578 – PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN LA DIRECCIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL DEL SENA, ENFOCADOS EN LA OPTIMIZACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PROCESO DE GESTIÓN DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL. ESTO INCLUYE ASEGURAR				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/02/2025	Al	28/02/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 110.000.000
Número de pago	2			Valor Total del Contrato:	\$ 115.000.000
Valor Bruto Pago:	\$ 10.000.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 100.000.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 10.000.000	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	3,71%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 218.157
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 10.000.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 5.879.100	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 218.157

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

	Febrero	Enero			
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	9481500092	Base retención en la fuente a título de RENTA	5.879.100,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 4.000.000	\$ 2.000.000	Base retención en la fuente a título de ICA	8.860.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 500.000	\$ 250.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 640.000	\$ 320.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	218.157,00	3,71%
ARL	\$ 20.900	\$ 10.500	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	85.588,00	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	\$ 1.000.000	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 39.341.210	\$ 1.960.000	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 980.000	-	VALOR A PAGAR	\$ 9.696.255,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	-			

SON: NUEVE MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

OB1: Elaboré actas de levantamiento de requerimientos para la actualización de los módulos: Gestión de proyectos - SVP, Planeación indicativa - SVP, Generación de certificados laborales - SAVA.
OB2: Implementé los requerimientos de actualización de los módulos: Gestión de proyectos - SVP, Planeación indicativa - SVP, Generación de certificados laborales - SAVA.
OB3: Desplagué en el ambiente de producción de SVP, la actualización del módulo de gestión de proyectos.
OB4: Articulé con la oficina de sistemas el proceso de despliegue de código mediante el protocolo de control de cambios.
OB5: Oriente capacitaciones sobre el manejo de diferentes módulos de SVP y SAVA.
OB6: Elaboré un cronograma con las diferentes solicitudes de desarrollo y/o actualización de módulos, estableciendo sus fechas.
OB8: Atendí solicitudes recibidas por parte de diferentes integrantes que conforman la dirección de formación profesional.

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

IVAN DARIO RIVERA GUZMAN
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,

ALBA MERCEDES SAENZ CASTRO
PROFESIONAL G04

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

CLAUDIA PATRICIA FORERO LONDOÑO
DIRECTOR DIRECCIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110501194		RIVERA GUZMAN IVAN DARIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 4 sur 24-88 las Ferias	IBAGUE-TOLIMA	2660737	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1251934807	9481500092	I	2025/02/24	2025/02/10	BANCOLOMBIA	0	\$580,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC 1110501194	RIVERA GUZMAN IVAN DARIO	231001	30	\$2,000,000	\$320,000	EPS002	30	\$2,000,000	\$250,000	0		\$0	\$0	14-23	30	\$2,000,000	\$10,500	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$2,000,000	\$320,000			\$2,000,000	\$250,000			\$0	\$0			\$2,000,000	\$10,500		\$0	\$0

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$320,000	\$0	\$0	\$320,000	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$320,000	\$0	\$0	\$320,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$10,500	\$0	\$0	\$10,500	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$10,500	\$0	\$0	\$10,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$250,000	\$0	\$0	\$250,000	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$250,000	\$0	\$0	\$250,000	
TOTAL				1	\$580,500	\$0	\$0	\$580,500	



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 18 de febrero del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Bogotá

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:

RC	1110610614	Emilio Rivera Peña	Hijo(a)
----	------------	--------------------	---------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,

IVAN DARIO RIVERA GUZMAN
C.C. 1110501194

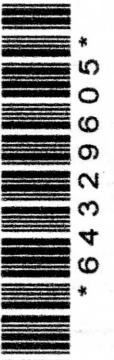


REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 64329605

NUIP 1.110.610.614



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaria [] Número [][] Consulado [] Corregimiento [] Inspección de Policía [] Código T Z A

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía REGISTRADURIA DE IBAGUE - COLOMBIA - TOLIMA - IBAGUE

Datos del inscrito

Primer Apellido RIVERA Segundo Apellido PEÑA

Nombre(s) EMILIO

Fecha de nacimiento Año 2023 Mes FEB Día 20 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo B Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) COLOMBIA TOLIMA IBAGUE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 23023710345953

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos PEÑA CANON YENDIREI

Documento de Identificación (Clase y número) CC 1.110.497.320 Nacionalidad COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos RIVERA GUZMAN IVAN DARIO

Documento de Identificación (Clase y número) CC 1.110.501.194 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos RIVERA GUZMAN IVAN DARIO

Documento de Identificación (Clase y número) CC 1.110.501.194 Firma [Firma manuscrita]

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 2023 Mes MAR Día 03 Nombre y firma del funcionario que autoriza [Firma manuscrita] JUAN C BUENRAGO-EDUARDO RODRIGUEZ

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -