

 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 GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C. Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		11
			Código Centro		940410
			Fecha Elaboración		Marzo de 2025
			Versión		ENERO - 2.25
			ID de Proceso		20177-651574
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos: MARISOL SAAVEDRA BARRERA			Banco a consignar:		
Cédula de Ciudadanía 1.032.381.179			Tipo de cuenta:		
Correo electrónico: msaavedrab@sena.edu.co			Número de Cuenta:		
IP/Nº de contacto:			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: 7560748/2025		Nº Compromiso SIIF 43825		Número de pagos durante la vigencia del contrato 11	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar servicios profesionales para coadyuvar en la elaboración y/o actualización de productos de normalización de competencias laborales asignados, contribuyendo con la implementación de la metodología de normalización establecida y con el desarrollo de estrategias orientadas al cumplimiento de plan de acción de mesa sectorial.			
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del 01/03/2025		Al 31/03/2025		Saldo Anterior del Contrato: \$ 50.600.000	
Número de pago 2				Valor Total del Contrato: \$ 51.612.000	
Valor Bruto Pago: \$ 5.060.000,00				Nuevo Saldo del Contrato: \$ 45.540.000	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios \$ 5.060.000		Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas 0,86%			
Ingresos por comisiones \$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo \$ 239.114			
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 5.060.000					
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 10.120.000		Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 187.806			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 5.989.400		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 51.308			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
		Marzo		Febrero	
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----		84771262	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 2.024.000		\$ 1.423.500	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 253.000		\$ 178.000	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 323.900		\$ 227.800	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0	
ARL I		\$ 10.600		\$ 7.500	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 294.400			
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 230.000			
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 9.700			
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -			
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -			
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -			
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -			
Dependientes hasta		\$ 1.012.000			
Salud hasta \$ 796.784		\$ -			
Renta Exenta 25% \$36.062.775		\$ 1.997.000			
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 124.000					
Retención en la Fuente Contingente \$					
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA 5.989.400,00	
				Base retención en la fuente a titulo de ICA 4.483.100,00	
				Valor base IVA 0,00	
				IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
				Menos Retención en la Fuente 51.308,00 0,86%	
				Menos Retencion IVA 0,00 15%	
				Reteica - 8299 - BOGOTÁ 43.307,00 0,966%	
				- 0,00 0%	
				- 0,00 0%	
				- 0,00 0%	
				- 0,00 0%	
				Otras Retenciones 0,00 0,000%	
				Otras Retenciones 0,00 0,000%	
				Otras Retenciones 0,00 0,000%	
				Otras Retenciones 0,00 0,000%	
				Otras Retenciones 0,00 0,000%	
				0,00	
				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
				VALOR A PAGAR \$4.965.385,00	
SON: CUATRO MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Coadyuvar con la elaboración o actualización, y documentar los productos de la Estandarización / Normalización de Competencias Laboral					
Acompañar en las sesiones de Consejos Ejecutivos o reunión de Mesa Sectorial con el fin de identificar requerimientos,					
presentar informes del PAE, validar información y documentación, manifestar la solicitud y necesidad de expertos técnicos					
Apoyar en el diseño, elaboración y ejecución de estrategias para el avance y cumplimiento del Proyecto Anual de Estandarización y Plan					
Elaborar informes y dar respuesta a los requerimientos recibidos y que estén relacionados con el Proceso Gestión de Instancias					
Atender requerimientos, solicitudes y reuniones de grupos de valor internos y externos fomentando el relacionamiento y articulación					
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			MARISOL SAAVEDRA BARRERA EL CONTRATISTA		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO					
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
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.			LUIS ALEJANDRO ZARTA BAUTISTA PROFESIONAL G01(E)		
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 VIVIANA GOMEZ VARGAS SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)					

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032381179	MARISOL SAAVEDRA BARRERA	Diagonal 37 Bis S 1 A 05	3341600	marisaavedraba@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

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					TOTAL A PAGAR	
PERIODO PENSIONES						
2025-02	2025-02	I	20/03/2025	84771262	\$697.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	300.000	0		0		0	1
									200
									0
									300.200
									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
25-14	Colpensiones	900336004-7	384.000	0	0	0	0	1	300
									0
									384.300
									1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros		Valor Neto	
				No. Autorización	Valor			Cotización	Mora
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	12.600					12.600	1
									100
									126
									12.700
									1

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

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	300.000	300.200	
Pensión	1	384.000	384.300	
Riesgos Laborales	1	12.600	12.700	
CCF	0	0	0	
ESAP	0	0	0	
ICBF	0	0	0	
MEN	0	0	0	
SENA	0	0	0	
TOTALES	3	696.600	697.200	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032381179	MARISOL SAAVEDRA BARRERA	Diagonal 37 Bis S 1 A 03	3341600	marsaavedraba@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ D. C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/ANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/ANO)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	20/03/2025	84771262	\$697.200

DETALLE POR COTIZANTE																																							
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES								
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Extranjero	Cómodo	Sinfinjo	RET	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Fondo pensional Aportante	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARTL	IBC ARTL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte MEN
	CC	1032381179	SAAVEDRA BARRERA MARISOL	59	0	N														25-14	2.400.000	384.000	0	0	0	0	EPS008	2.400.000	300.000	14-23	2.400.000	1	12.600	0	0	0	0	0	0



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 18 de marzo de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (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:

T.I.	1021685124	TOMAS ENRIQUE FRANCO SAAVEDRA	HIJO
C.C.	2263240	LUIS ROSEVER SAAVEDRA CARRIÓN	PADRE

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad
- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.



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,

MMLB

FIRMA

Nombre: _____MARISOL SAAVEDRA BARRERA_____

C.C. _1032381179_____



ORGANIZACIÓN ELECTORAL REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL	
REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO	
Indicativo Serial	52677491
NUIP 1021685124	
Datos de la oficina de registro - Clase de oficina	
Registraduría ☐	Notaría ☒
Número 54	Consulado ☐
Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐
Código A 6 H	
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía COLUMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C	
Datos del inscrito	
Primer Apellido	Segundo Apellido
FRANCO	SAAVEDRA
Nombre(s)	
TOMAS ENRIQUE	
Fecha de nacimiento	
Año 2012	Mes NOV
Día 02	Sexo (en letras)
MASCULINO	Grupo sanguíneo
	Factor RH
	(N)
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía)	
COLUMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C	
Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	
SOLICITUD ESCRITA	
Número certificado de nacimiento	
Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
SAAVEDRA BARRERA MARISOL	
Documento de identificación (Clase y número)	
cc.no 1.032.381.179 DE BOGOTA	
Nacionalidad	
COLUMBIANA	
Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
FRANCO HINCAPIE JOSE FERNANDO	
Documento de identificación (Clase y número)	
cc.no 79.392.353 DE BOGOTA D.C	
Nacionalidad	
COLUMBIANA	
Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
FRANCO HINCAPIE JOSE FERNANDO	
Documento de identificación (Clase y número)	
cc.no 79.392.353 DE BOGOTA D.C	
Firma	
Firma	
Datos primer testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	
Firma	
Firma	
Datos segundo testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	
Firma	
Firma	
Fecha de inscripción	
Año 2013	Mes ABR
Día 29	Nombre y firma del funcionario que autoriza
CECILIA GUTIERREZ MONCADA	
Nombre y firma	



REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA SEPTIMA DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.-
CÓDIGO 11001007
ACTA DECLARACIÓN CON FINES EXTRAPROCESALES
DECRETO 1557 DE 1.989

NUMERO 7888

En la ciudad de Bogotá, Distrito Capital, República de Colombia, siendo el día, jueves, 20 de septiembre de 2018, ante la Doctora **LIGIA JOSEFINA ERASO CABRERA**, NOTARIA SEPTIMA (7ª) de este círculo, compareció: **LUIS ROSEVER SAAVEDRA CARRION**, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía N° 2.263.240 expedida en CASABIANCA, de Estado Civil: Casado, de profesión u ocupación Hogar, con domicilio en Bogotá D.C., en la Diagonal 37 Bis Sur N° 1 A - 05, Barrio: Colmena, Celular: 3623872, quien comparece con el fin de rendir DECLARACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO de conformidad con el Decreto 1.557 de 1.989, Previa la advertencia de las implicaciones legales que acarrea jurar en falso, contenidas en el Artículo 442 del C.P., en concordancia con el Artículo 389 del C.P.P., manifestó:

PRIMERO: DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO: Que mis nombres y apellidos son como han quedado dichos y escritos, de las condiciones civiles y personales antes anotadas.

SEGUNDO: Que soy padre de **MARISOL SAAVEDRA BARRERA** identificada con cedula de ciudadanía N° 1.032.381.179 de BOGOTÁ D.C. de quien dependo económicamente debido a que soy un adulto mayor y por mi estado de salud, no tengo empleo no recibo ningún ingreso de ninguna entidad ni pública ni privada, no recibo pensión ni renta alguna y no cuento con ningún otro apoyo familiar.

La Notaria deja constancia que la presente declaración se hace de conformidad con lo manifestado por el declarante.

Esta declaración se rinde para presentarla a la ENTIDAD QUE CORRESPONDA, para los fines legales pertinentes.

TERCERO: Manifiesto que he leído lo que voluntariamente he declarado ante la NOTARIA, lo he hecho cuidadosamente y no tengo ningún reparo, ni nada que aclarar, corregir y/o enmendar; Por lo tanto, lo otorgo con mi FIRMA dado que es real a lo solicitado a la señora NOTARIA. La Notaria ha advertido previa y expresamente a la persona que voluntariamente realiza esta declaración, que las personas son libres conforme a la Constitución Política de Colombia, de manifestar, expresar y/o declarar, espontáneamente lo que a bien tenga; pero que esta declaración se debe hacer conforme a la ley, el orden público y las buenas costumbres. REALIZADA ESTA OBSERVACIÓN y ASI ACEPTADA SE PROCEDE A SU FIRMA POR PARTE DE EL (LA) DECLARANTE. No siendo otro el objeto de la presente diligencia se termina y se firma en constancia y como prueba de lo anteriormente manifestado.

EL DECLARANTE,


C.C. 2.263.240



Huella índice

20 SEP 2018


LIGIA JOSEFINA ERASO CABRERA
NOTARIA SEPTIMA (7ª) DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.

Derechos Notariales:
Cobrados \$ 12.700.00
Retención 858 de fecha 31 de enero de 2018
(IVA 10%): \$ 2.413.00
Total: \$15.113

IMPORTANTE:
LEA BIEN SU DECLARACIÓN
UNA VEZ RETIRADA DE LA NOTARIA
NO SE ACEPTAN RECLAMOS



