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 VALLE

CENTRO DE LA CONSRTUCIÓN-VALLE

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

Código Regional	**76**
Código Centro	**922810**
Fecha Elaboración	**Abril de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**01133-873914**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LUIS CARLOS HERNANDEZ ASPRILLA	**Banco a consignar:**	AV VILLAS
Cédula de Ciudadanía	94.452.414	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	lchernandez@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	112915579
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	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:	7447100/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**36825**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE INSTRUCTORES PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL ÁREA DE GESTIÓN DE PROYECTOS DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA DEL CENTRO DE LA

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2025 Al 30/04/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 43.848.673
Número de pago	**3**	**Valor Total del Contrato:**	$ 48.448.183
Valor Bruto Pago:	**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 39.249.162

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.511	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	**$ 4.599.511**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.704.460**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9483932021**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 1.533.170
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 230.000	$ 191.700
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 294.400	$ 245.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.700	$ 8.100
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
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		$ 459.951	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 901.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 820.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.704.460,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
Pro-UCEVA	22.998,00	0,500%
Universidad del Pacífico	0,00	0,500%
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	**$4.576.513,00**	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS TRECE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Formación presencial a 6 fichas del programa Gestión de proyectos y emprendimiento en fomento empresarial asignadas por coordinador 2942498, 2994213, 3068159, 3152267, 2927243 y 2899438 - 2897846

Asistencia a desarrollo curricular con el programa de gestión de proyectos en el horario asignado por coordinación académica

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

LUIS CARLOS HERNANDEZ ASPRILLA
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,

NELSON ALCALDE OSPINA
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
BEATRIZ EUGENIA COBO GARCIA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 94452414		HERNANDEZ ASPRILLA LUIS CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Casa: Villa Danna; Calima - Darien	CALI-VALLE	3182530918	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1380617480	9483932021	I	2025/04/03	2025/04/02	BANCO AV VILLAS	0	$442,800

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,525,504	$244,100			$1,525,504	$190,700			$0	$0			$1,525,504	$8,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,525,504	$244,100			$1,525,504	$190,700			$0	$0			$1,525,504	$8,000		$0	$0
Ciudad: CALI Depto: VALLE (1 Afiliados)					$1,525,504	$244,100			$1,525,504	$190,700			$0	$0			$1,525,504	$8,000		$0	$0
1	CC 94452414	HERNANDEZ LUIS	25-14	30	$1,525,504	$244,100	EPS010	30	$1,525,504	$190,700		0	$0	$0	14-23	30	$1,525,504	$8,000	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,525,504	$244,100			$1,525,504	$190,700			$0	$0			$1,525,504	$8,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 94452414		HERNANDEZ ASPRILLA LUIS CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Casa: Villa Danna; Calima - Darien	CALI-VALLE	3182530918	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1380617480	9483932021	I	2025/04/03	2025/04/02	BANCO AV VILLAS	0	$442,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$244,100	$0	$0	$244,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$244,100	$0	$0	$244,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,000	$0	$0	$8,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,000	$0	$0	$8,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$190,700	$0	$0	$190,700
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$190,700	$0	$0	$190,700
TOTAL				**1**	**$442,800**	**$0**	**$0**	**$442,800**

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 94452414		HERNANDEZ ASPRILLA LUIS CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Casa: Villa Danna; Calima - Darien	CALI-VALLE	3182530918	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1401459245	9484549885	N	2025/04/03	2025/04/10	NEQUI	7	$89,200

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$305,101	$48,800			$305,101	$38,200			$0	$0			$305,101	$1,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$305,101	$48,800			$305,101	$38,200			$0	$0			$305,101	$1,600		$0	$0
Ciudad: CALI Depto: VALLE (1 Afiliados)					$305,101	$48,800			$305,101	$38,200			$0	$0			$305,101	$1,600		$0	$0
1	CC	94452414	HERNANDEZ LUIS	25-14	30	($1,525,504)	($244,100)	EPS010	30	($1,525,504)	($190,700)		0	$0	$0	14-23	30	($1,525,504)	($8,000)	0	$0	$0
2	CC	94452414	HERNANDEZ LUIS	25-14	30	$1,830,605	$292,900	EPS010	30	$1,830,605	$228,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,830,605	$9,600	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$305,101	$48,800			$305,101	$38,200			$0	$0			$305,101	$1,600		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 94452414		HERNANDEZ ASPRILLA LUIS CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Casa: Villa Danna; Calima - Darien	CALI-VALLE	3182530918	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1401459245	9484549885	N	2025/04/03	2025/04/10	NEQUI	7	$89,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,800	$300	$0	$49,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$48,800	$300	$0	$49,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,600	$100	$0	$1,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$1,600	$100	$0	$1,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$38,200	$200	$0	$38,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$38,200	$200	$0	$38,400
TOTAL				**1**	**$88,600**	**$600**	**$0**	**$89,200**

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 94452414		HERNANDEZ ASPRILLA LUIS CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Casa: Villa Danna; Calima - Darien	CALI-VALLE	3182530918	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1401559568	9484552042	N	2025/04/03	2025/04/10	NEQUI	7	$3,000

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$9,199	$1,500			$9,199	$1,100			$0	$0			$9,199	$100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$9,199	$1,500			$9,199	$1,100			$0	$0			$9,199	$100		$0	$0
Ciudad: CALI Depto: VALLE (1 Afiliados)					$9,199	$1,500			$9,199	$1,100			$0	$0			$9,199	$100		$0	$0
1	CC	94452414	HERNANDEZ LUIS	25-14	30	($1,830,605)	($292,900)	EPS010	30	($1,830,605)	($228,900)		0	$0	$0	14-23	30	($1,830,605)	($9,600)	0	$0	$0
2	CC	94452414	HERNANDEZ LUIS	25-14	30	$1,839,804	$294,400	EPS010	30	$1,839,804	$230,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,839,804	$9,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$9,199	$1,500			$9,199	$1,100			$0	$0			$9,199	$100		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 94452414		HERNANDEZ ASPRILLA LUIS CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Casa: Villa Danna; Calima - Darien	CALI-VALLE	3182530918	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1401559568	9484552042	N	2025/04/03	2025/04/10	NEQUI	7	$3,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,500	$100	$0	$1,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,500	$100	$0	$1,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$100	$100	$0	$200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$100	$100	$0	$200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,100	$100	$0	$1,200
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$1,100	$100	$0	$1,200
TOTAL				**1**	**$2,700**	**$300**	**$0**	**$3,000**

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

CALI, 14 de Febrero del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
CALI

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:

TI	1108255754	Juan José Hernández Rodríguez	Hijo(a)

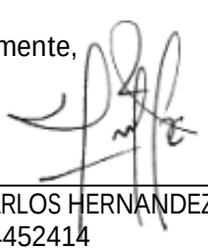
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



LUIS CARLOS HERNANDEZ ASPRILLA
C.C. 94452414

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.108.255.754

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43647038

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** T 6 Y

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

NOTARIA 1 CALI - COLOMBIA - VALLE - CALI

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
HERNANDEZ	RODRIGUEZ

Nombre(s)

JUAN JOSE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes SEP Día 06	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA VALLE CALI

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	51634629-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

RODRIGUEZ ORDOÑEZ DIANA CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 38.601.328	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ ASPRILLA LUIS CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 94.452.414	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ ASPRILLA LUIS CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 94.452.414	

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	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2009 Mes SEP Día 09	ELIZABETH VARGAS BERMUDEZ - NOTAR Nombre y firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA REGISTRO CIVIL NOTARIA

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

8037494