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 SANTANDER

CENTRO DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**954610**
Fecha Elaboración	**21 de Abril de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**03913-491992**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	YEIMMIN PAOLA ARIZA SUAREZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.101.757.561	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	paolaarizasuarez@gmail.com	**Número de Cuenta:**	32900000150
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**	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

Nº del contrato:	7546920/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**15525**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTACION DE SP Y O DE APOYO A LA GESTION, EN LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN, ASI COMO LA EVAL. DE LOS RA DEFINIDOS EN LOS DISENOS CURRICULARES ASIGNADOS, PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES Y COMP. TECNICAS DE LA POBLACION CAMP

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2025 Al 30/04/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 40.779.573
Número de pago	**3**	**Valor Total del Contrato:**	$ 45.992.000
Valor Bruto Pago:	**$ 4.599.200,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 36.180.373

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.200	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	3,50%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 203.291
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.599.200		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 9.198.400**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 5.800.860**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 203.291**

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

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9484197287**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.680	$ 1.839.680
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 230.000	$ 230.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 294.400	$ 294.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 19.300	$ 19.300
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		$ 919.840	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 1.934.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.329.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	5.800.860,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.599.200,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	203.291,00	3,50%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8543 - VELEZ	9.198,00	0,200%
-	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	**$4.386.711,00**	

SON: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS ONCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación para el programa: EMPRENDEDOR EN ELABORACION DE PRODUCTOS ARTESANALES EN MATERIAL RECICLABLE Y BIODEGRADABLE.
Ficha:3176245 horario:8:00-16:00 duración:48 Horas
Impartir formación para el programa: EMPRENDEDOR EN ELABORACION DE PRODUCTOS ARTESANALES EN MATERIAL RECICLABLE Y BIODEGRADABLE.
Ficha:3211253 horario:8:00-16:00 duración:56 Horas
Impartir formación para el programa: ELABORACIÓN DE ARTÍCULOS DECORATIVOS Y UTILITARIOS CON MATERIALES RECICLABLES
Ficha:3206586 horario:8:00-16:00 duración:40 Horas
Total de horas: 144

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

Paola Ariza

YEIMMIN PAOLA ARIZA SUAREZ
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.

GREGORIO RUIZ MEDINA
PROFESIONAL G09

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
JAVIER GONZALEZ FRANCO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

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 1101757561		ARIZA SUAREZ YEIMMIN PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Barrio los Arrayanes casa # 7	VELEZ-SANTANDER	2845615	Si

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	1387859514	9484197287	I	2025/04/14	2025/04/04	BANCOLOMBIA	0	$543,700

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)					$1,839,680	$294,400			$1,839,680	$230,000			$0	$0			$1,839,680	$19,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,839,680	$294,400			$1,839,680	$230,000			$0	$0			$1,839,680	$19,300		$0	$0
Ciudad: VELEZ Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					$1,839,680	$294,400			$1,839,680	$230,000			$0	$0			$1,839,680	$19,300		$0	$0
1	CC	1101757561	ARIZA YEIMMIN	230201	30	$1,839,680	$294,400	EPS037	30	$1,839,680	$230,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,839,680	$19,300	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,839,680	$294,400			$1,839,680	$230,000			$0	$0			$1,839,680	$19,300		$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 1101757561		ARIZA SUAREZ YEIMMIN PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Barrio los Arrayanes casa # 7	VELEZ-SANTANDER	2845615	Si

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	1387859514	9484197287	I	2025/04/14	2025/04/04	BANCOLOMBIA	0	$543,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$294,400	$0	$0	$294,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$294,400	$0	$0	$294,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,300	$0	$0	$19,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$19,300	$0	$0	$19,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,000	$0	$0	$230,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$230,000	$0	$0	$230,000
TOTAL				1	$543,700	$0	$0	$543,700

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

VELEZ, 25 de Febrero del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
VELEZ

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	1187214055	Lucciana Vargas Ariza	Madre

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,

Paola Ariza

YEIMMIN PAOLA ARIZA SUAREZ
C.C. 1101757561

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

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

60585329

NUIP	1187214055

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60585329

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrador	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de	Código	E	H	D
X									

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

COLOMBIA - SANTANDER - VELEZ VELEZ. HOSP. SAN JUAN DE DIOS **********

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VARGAS **********	ARIZA **********

Nombre(s)

LUCCIANA **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes ENE Día 23	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - SANTANDER - VELEZ **********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO **********	168581431 ********

Datos de 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

ARIZA SUAREZ YEIMMIN PAOLA **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1101757561 **********	COLOMBIA ********

Datos de padre o madre (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

VARGAS GAMBOA ALAN DANIEL **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1101756830 **********	COLOMBIA ********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VARGAS GAMBOA ALAN DANIEL **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1101756830 **********	

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 2022 Mes ENE Día 24	ROSALBA CASTELLANOS HERNANDEZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	ROSALBA CASTELLANOS HERNANDEZ Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS FOLIO 9;24/01/2022

NÚMERO DE PREPARACIÓN 18518032