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	**Abril de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**93978-389564**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CEIDY CAROLINA DIAZ BARBOSA	**Banco a consignar:**	BANCO AGRARIO DE COLOMB
Cédula de Ciudadanía	1.096.907.201	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	cdiazb@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	460740025180
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**	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:	7428636/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**73225**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SP DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ATENDER LA FPI, EN EL CONTEXTO DE LOS CONVENIOS QUE EL CENTRO DE FORMACIÓN TIENE CON INSTITUCIONES EDUCATIVAS EN LA REGIÓN. EN EL ÁREA AGRÍCOLA

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2025 Al 30/04/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 33.200.000
Número de pago	**2**	**Valor Total del Contrato:**	$ 35.136.667
Valor Bruto Pago:	**$ 4.150.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 29.050.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.150.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 839.272	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 1.936.667		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 6.925.939**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.306.845**	**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		----------	**4599083603**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.660.000	$ 1.423.500
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 207.500	$ 178.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 265.600	$ 227.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 17.400	$ 14.900
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		$ 692.594	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 29.505.907	$ 1.436.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 379.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	4.306.845,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.150.000,00	
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 - 8543 - VELEZ	8.300,00	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	**$4.141.700,00**	

SON: CUATRO MILLONES CIENTO CUARENTA Y UN MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO
ficha 292794 RECONOCER EL ROL DE LOS PARTICIPANTES EN EL PROCESO FORMATIVO
ficha 2927949 RECONOCER EL ROL DE LOS PARTICIPANTES EN EL PROCESO FORMATIVO
ficha 2932055 preparar terreno para siembra segun cultivo y requerimientos tecnicos
ficha 3157694 preparar terreno para siembra segun cultivo y requerimientos tecnicos
total de horas 105

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

CEIDY CAROLINA DIAZ BARBOSA
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,

EDUAR JAVIER CAMACHO VANEGAS
INSTRUCTOR G14

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

22/04/25 11:01:34 USUARIO: SIC - C.C. 1096907201

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1096907201
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CEIDY CAROLINA DIAZ BARBOSA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CARRERA 6 # 4 - 09	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4599083603**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo AÑO 2025			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	14				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/04/16			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9992380735

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 225.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.100	$ 0	$ 225.500	$ 2.100	$ 227.600
SUBTOTALES:										**$ 225.500**	**$ 2.100**	**$ 227.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 176.200	$ 0	$ 1.600	$ 0	$ 176.200	$ 1.600	$ 0	$ 177.800
SUBTOTALES:													**$ 176.200**	**$ 1.600**	**$ 0**	**$ 177.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 14.800	$ 14.800	$ 200	$ 0	$ 15.000
SUBTOTALES:									**$ 14.800**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 15.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD					ARP														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1096907201	DIAZ BARBOSA CEIDY CAROLINA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO	12								12-30									230201-PROTECCION	19	$ 1.409.050	$ 225.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 225.500	EPS005-SANITAS S.A.	19	$ 1.409.050	$ 176.200	$ 0	$ 176.200	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	19	$ 1.409.050	109690720	$ 14.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 420.400

Planilla Pagada

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

VELEZ, 18 de Marzo 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	**1096907486**	**DANA ISABELLA ARIZA DIAZ**	**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,



CEIDY CAROLINA DIAZ BARBOSA
C.C. 1096907201

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.096.907.485

Indicativo Serial 61587428

61587428

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** Q 4 Q

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

REGISTRADURIA DE CHIPATA - COLOMBIA - SANTANDER - CHIPATA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ARIZA	DIAZ

Nombre(s)

DANA ISABELLA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes DIC Día 12	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA SANTANDER SOCORRO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	241293112391 85

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

DIAZ BARBOSA CEIDY CAROLINA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.096.907.201	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

ARIZA GONZALEZ EDWIN ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.096.906.972	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ARIZA GONZALEZ EDWIN ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.096.906.972	*Edwin Ariza G.

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 2024 Mes DIC Día 17	NEFTALI GONZALEZ HERRENO - REGIST Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
*Edwin Alexander Ariza G Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

17.DIC.2024 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 3 FOLIO 0055.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -