

<div><div><div>SENA</div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div><div>FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)</div><div>REGIONAL CHOCÓ</div><div>CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD-CHOCÓ</div><div>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1</div></div>		<div><div><div>Código Regional</div><div>27</div></div><div><div>Código Centro</div><div>952210</div></div><div><div>Fecha Elaboración</div><div>Abril de 2025</div></div><div><div>Versión</div><div>ENERO - 2.25</div></div><div><div>ID de Proceso</div><div>12880-826744</div></div></div>	
DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos: DEISON JAVIER MOSQUERA VALENCIA		Banco a consignar: BANCOLOMBIA	
Cédula de Ciudadanía 1.004.053.114		Tipo de cuenta: AHORROS	
Correo electrónico: deimos20888@hotmail.com		Número de Cuenta: 53690435078	
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: 7551627/2025	Nº Compromiso SIIF 9725	Número de pagos durante la vigencia del contrato 10	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	CONTRATACION INSTRUCTORES-PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE OCHENTA Y CUATRO (84) INSTRUCTORES, PARA ORIENTAR, ACOMPAÑAR Y EVALUAR LOS PROCESOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL (FPI) DE LOS APRENDICES EN LOS PROGRAMAS DE OFERTA RE		
DATOS PERIODO DEL PAGO			
Del 01/04/2025	Al 30/04/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 47.826.622
Número de pago 2		Valor Total del Contrato:	\$ 52.982.652
Valor Bruto Pago:	\$ 5.333.824,00	Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 42.492.798
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios \$ 5.333.824		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 \$ 5.333.824		Menos, ReteFuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 3.136.142		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	-----	7967411811	Base retención en la fuente a título de RENTA 3.136.142,00 TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 2.133.530	\$ 2.062.412	Base retención en la fuente a título de ICA 4.725.724,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 266.700	\$ 257.900	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 341.400	\$ 330.000	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
ARL I	\$ 11.200	\$ 10.800	Menos Retencion IVA 0,00 15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Reteica - 8551 - QUIBDO 9.451,00 0,200%
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	\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -		Pro Utch 80.007,00 1,500%
Dependientes hasta	\$ 533.382		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25%	\$32.784.341	\$ 1.045.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 1.010.000		
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
SON: CINCO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE		VALOR A PAGAR \$5.244.366,00	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Se construye planeación académica y se envía conforme a los lineamientos indicados			
Se participó en reunión convocada por la coordinadora con el propósito de abordar temas asociados al correcto funcionamiento del progr			
Se vienen desarrollando de manera oportuna, personal y bajo los parámetros de calidad y del Código de Integridad del SENA, las accione			
Se realizan actividades de formación en los ambientes de aprendizaje, teniendo como base principal los lineamientos asociados a Orient			
Se ejecutan las actividades de formación profesional integral de acuerdo con el currículo, desarrollo curricular y proyecto formativo			
Se realiza matricula de 25 aprendices asociados a la ficha # 06000014 asociada al programa denominado: Gestión De Mercado, Comercializ			
Se realizan llamadas a los aprendices que presentan ausencias recurrentes con el propósito de conocer los motivos y lograr la motivaci			
Se desarrolló participación en la marcha ejecutada el 18 de marzo convocada desde presidencia para defender los derechos de los aprend			
Se realiza seguimiento permanente al proceso formativo de los aprendices a través de talleres participativos y actividades evaluativas			
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		<div><div><div></div><div>DEISON JAVIER MOSQUERA VALENCIA</div><div>EL CONTRATISTA</div></div></div>	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO			
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:		Autorizo el presente pago.	
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;		El Supervisor,	
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;		<div><div><div></div><div>Firmado digitalmente por CANDIDA ASPRILLA JARAMILLO</div><div>Fecha: 2025.04.21 11:48:53 -05'00'</div></div></div>	
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.		CANDIDA ASPRILLA JARAMILLO	
		INSTRUCTOR G20	
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			
JHON DERLYNG CARDONA DELGADO			
DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO			

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:					CÉDULA DE CIUDADANÍA					NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:					1004053114				
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:					QUIBDO					DEPARTAMENTO:					DEISON JAVIER MOSQUERA VALENCIA				
CIUDAD/MUNICIPIO:					CALLE 27 # 32 A - 51					TELÉFONO:					CHOCO				
DIRECCIÓN:					02-INDEPENDIENTE					CLASE APORTANTE:					6737959				
TIPO APORTANTE:					PRIVADA					I-INDEPENDIENTE					2025/03/12				
TIPO EMPRESA:					ÚNICO					ACTIVIDAD ECONOMICA:					Otras actividades de servicios personales n.c.p.				
FORMA DE PRESENTACIÓN:																			
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):										NO									

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	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800	\$ 0	\$ 227.800
SUBTOTALES:										\$ 227.800	\$ 0	\$ 227.800

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	\$ 178.000		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	
SUBTOTALES:													\$ 178.000	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000		

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	\$ 7.500	\$ 7.500	\$ 0	\$ 0	\$ 7.500
SUBTOTALES:									\$ 7.500	\$ 0	\$ 0	\$ 7.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																					
DATOS DEL COTIZANTE												NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL										PARAFISCALES																					
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	LWA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN					SALUD					ARP			DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU						
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC			COTIZACIÓN	VALOR ADRES					TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	CC 1004053114	MOSQUERA VALENCIA DELSON JAVIER	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.423.500			NO	01																		230201-PROTECCION	30	\$ 1.423.500	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 227.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	\$ 1.423.500	\$ 178.000	\$ 0	\$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	\$ 1.423.500	\$ 100405311	\$ 7.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1004053114	NÚMERO PLANILLA:		7967411811		TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES	
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		DEPARTAMENTO:	DEISON JAVIER MOSQUERA VALENCIA	PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo	AÑO
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO	TELÉFONO:	3148807	DÍAS DE MORA:		6					
DIRECCIÓN:	CL 27 # 32 A - 51	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/04/09		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1398922124	
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.	NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		7963903787		FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		2025/03/12	
TIPO EMPRESA:	PRIVADA										
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO										
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO								



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

, 3 de Marzo del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

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	1021945892	JAZLYN ESTEFANY MOSQUERA CORDOBA	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,


DEISON JAVIER MOSQUERA VALENCIA
C.C. 1004053114



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1021945892

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

59795651

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 14 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 6 L

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

COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLIN

Datos del inscrito

Primer Apellido MOSQUERA Segundo Apellido CORDOBA
Nombre(s) JAZLYN ESTEFANY
Fecha de nacimiento Año 2019 Mes MAR Día 26 Sexo (en letras) Femenino Grupo sanguíneo O Factor RH Positivo
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLIN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

15327251-8

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

CORDOBA MENA LILIANA ESTEFANY

Documento de Identificación (Clase y número)

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.1077451400

Nacionalidad

COLOMBIANA

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

MOSQUERA VALENCIA DEISON JAVIER

Documento de Identificación (Clase y número)

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1004053114

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos MOSQUERA VALENCIA DEISON JAVIER
Documento de Identificación (Clase y número) CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1004053114
Firma

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 2019 Mes MAR Día 27

Nombre y firma del funcionario que autoriza

MAURICIO EMILIO AMAYA MARTINEZ

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

MAURICIO EMILIO AMAYA MARTINEZ

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

L. V. TOMO 119. FOLIO 192.
MEDELLIN, 27 DE MARZO DE 2019.