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 CHOCÓ

CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD-CHOCÓ

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

Código Regional	**27**
Código Centro	**952210**
Fecha Elaboración	**Abril de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**28622-009080**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LEIDY YOHANA PALACIOS PALACIOS	**Banco a consignar:**	BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía	35.892.409	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	leidyp@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	0440419612
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:	7550936/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**14125**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn 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:**	$ 44.092.945
Número de pago	**2**	**Valor Total del Contrato:**	$ 48.004.416
Valor Bruto Pago:	**$ 5.333.824,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 38.759.121

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		----------	**7962002298**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 2.133.530	$ 1.564.588
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 266.700	$ 195.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 341.400	$ 250.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 11.200	$ 8.200
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		$ 533.382	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 29.505.907	$ 1.045.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 767.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.136.142,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.725.724,00	
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 - 8551 - QUIBDO	9.451,00	0,200%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Pro Utch	80.007,00	1,500%
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	**$5.244.366,00**	

SON: CINCO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se desarrollaron las siguientes temas teórico practicas sobre segmentación de clientes potenciales, demográficos, psicograficos, Conductual, se trabajo la ventaja competitiva y comparativa, misión, visión, de la idea desarrollada en el proyecto formativo Las políticas y normas en la empresa, análisis de caso de empresas exitosas enfocado en la segmentación utilizadas por ella, así mismo Manuales de funciones,Organización de la empresa y Gestión administrativa,toma de decisiones empresariales,Herramientas y estrategias para la gestión prospectiva,pensamiento analítico y estratégico,metodología Mactor,modelos de gestión estratégicos. Formulación de estrategias,Implementación de estrategias,KPIs (Indicadores Clave de Desempeño)Análisis PESTEL,Cadena de Valor de Porte Matriz BCG,Análisis VRIO, Matriz Ansoff,Modelo de Información Estratégico Peyea,oferta y demanda,estructura estimada y proyección de la demanda,corrección y regresion

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

LEIDY YOHANA PALACIOS PALACIOS
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,

Firmado digitalmente por CANDIDA ASPRILLA JARAMILLO
Fecha: 2025.04.21 12:05:21 -05'00'

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

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	35892409
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LEIDY YOHANA PALACIOS PALACIOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO	DEPARTAMENTO:	CHOCO
DIRECCIÓN:	CR 20 # 20 - 47	TELÉFONO:	6734994
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7962002298**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/03/31	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1370750096

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 341.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 341.400	$ 0	$ 341.400
SUBTOTALES:										**$ 341.400**	**$ 0**	**$ 341.400**

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	$ 266.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 266.700	$ 0	$ 0	$ 266.700
SUBTOTALES:													**$ 266.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 266.700**

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	$ 11.200	$ 11.200	$ 0	$ 0	$ 11.200
SUBTOTALES:									**$ 11.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 11.200**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF04	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	1	$ 42.700	$ 0	$ 42.700
SUBTOTALES:			**$ 42.700**	**$ 0**	**$ 42.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD						ARP													
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
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	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	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	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 35892409	PALACIOS PALACIOS LEIDY YOHANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.720.000				NO								01-30									25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.133.529	$ 341.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 341.400	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.133.529	$ 266.700	$ 0	$ 266.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.133.529	35892409	$ 11.200	30	$ 2.133.529	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 662.000

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

QUIBDO, 10 de abril del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
QUIBDO

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	**1078467301**	**YORLEY MARIANA GARCIA PALACIOS**	**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,



LEIDY YOHANA PALACIOS PALACIOS
C.C. 35892409

REPÚBLICA DE COLOMBIA

02 SEP 2019

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial: 55838465

55838465

NUIP: 1078467301

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
[ ]	[X]	02	[ ]	[ ]	[ ]	K 9 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA - CHOCO - QUIBDO -

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GARCIA	PALACIOS

Nombre(s): YORLEY MARIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes 07 Día 25	Femenino	A	+

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA - CHOCO - QUIBDO -

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	529818178

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: PALACIOS PALACIOS LEIDY YOHANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C # 35892409 De QUIBDO	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GARCIA ARIAS JORGE ENRIQUE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C # 11812811 De QUIBDO	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GARCIA ARIAS JORGE ENRIQUE

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C # 11812811 DE QUIBDO	Jorge E. Garcia A.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: XXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
# XXXXXXXX DE XXXXXXX	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: XXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
# XXXXXXX DE XXXXXXXX	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2015 Mes NOV Día 12	OMAR HARRY ASPRILLA MENA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Jorge Enrique Garcia Arias Firma	OMAR HARRY ASPRILLA ARIAS Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Escaneado con CamScanner