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** | **68127-634241** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | LUZ MARLIN MENA SALCEDO | **Banco a consignar:** | BANCO BBVA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 1.077.423.447 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | marlincitamena@gmail.com | **Número de Cuenta:** | 440005949 |
| **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:** | 7569047/2025 | **Nº Compromiso SIIF** | **17125** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 8 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | CONTRATACIÓN INSTRUCTORES- PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE 31 INSTRUCTORES, PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL NIVEL COMPLEMENTARIA VÍCTIMA, EN EL CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD DE LA REGIONAL C |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/04/2025** | **Al** | **30/04/2025** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 38.759.121 |
| **Número de pago** | **2** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 42.492.798 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 5.333.824,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 33.425.297 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 5.333.824 | Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas | 2,14% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 114.009 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 3.733.677 | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 9.067.501** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 5.330.951** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 114.009** |

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

| | | Abril | Marzo |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **77282790** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 2.133.530 | $ 1.493.471 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 266.700 | $ 186.700 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 341.400 | $ 239.000 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL | I | $ 11.200 | $ 7.800 |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ 239.000 | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ 186.700 | |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ 7.800 | |
| 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 | | $ 906.750 | |
| Salud hasta | $ 796.784 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 26.227.473 | $ 1.777.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 732.000 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 5.330.951,00 | 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 | 114.009,00 | 2,14% |
| 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** | **$5.130.357,00** | |

**SON: CINCO MILLONES CIENTO TREINTA MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se verifica el registro de los aprendices solicitantes en la plataforma Sofía Plus.
Primer encuentro presencial con el líder para conocer al grupo y realizar concertaciones
Se programan las actividades que se llevaran a cabo durante la duración del curso 41311609
Primer encuentro con todo el grupo de aprendices en la casa comunal del barrio, se realizar actividad de bienvenida y socialización
Desarrollo de cada una de las actividades en cada encuentro programado con la población,
Organización de asistencia, evacuaciones pertinentes y necesarias para la aprobación y certificación del curso
Actividades de explosiones según la temática asignada a cada grupo de trabajo durante del desarrollo de la programación
Actividad de finalización y entrega de certificados aquellos aprendices que cumplieron con la planteado al inicio del curso

**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

**LUZ MARLIN MENA SALCEDO**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

**ELSA INES ROMAÑA ROMAÑA**
**INSTRUCTOR G15**

**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**

# SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-04-11, 10:16:30 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 77282790

**Periodo Cotización:** marzo de 2025 **Periodo Servicio:** marzo de 2025

## PAGADO 11/04/2025

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | LUZ MARLIN MENA SALCEDO | | |
| **Documento** | CC1077423447 | **Dirección** | CL 53 #27 A - 18 BARRIO BOSTON |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 6042212705 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | MEDELLIN | **Departamento** | ANTIOQUIA |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | POSITIVA DE SEGUROS |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1077423447 | LUZ MARLIN MENA SALCEDO | 57 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230301) PORVENIR | $ 2.133.530 | $ 341.400 | (EPS010) EPS SURA | $ 2.133.530 | $ 266.700 | 0,522 | $ 2.133.530 | $ 11.200 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 619.300 |

### III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 2.133.530 | $ 2.133.530 | $ 2.133.530 | $ 0 | $ 341.400 | $ 266.700 | $ 11.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 619.300 | $ 600 | $ 619.900 |



**Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

**FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

QUIBDO, 11 de Marzo 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** | **1033195643** | **wilmar David palacios mena** | **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,



LUZ MARLIN MENA SALCEDO
C.C. 1077423447

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

NUIP 1033195643

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53282374

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 07 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 007

País-Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLIN

**Datos del inscrito**

Primer Apellido: PALACIOS
Segundo Apellido: MENA
Nombre(s): WILMAR DAVID
Fecha de nacimiento: Año 2013 Mes 09 Día 06
Sexo (en letras): MASCULINO
Grupo sanguíneo:
Factor RH:
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLIN -

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO CLINICO
Número certificado de nacido vivo: 12235788-1

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: MENA SALCEDO LUZ MARLIN
Documento de Identificación (Clase y número): CC 1077423447
Nacionalidad: COLOMBIANA

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: PALACIOS MACHADO WILMAN ANTONIO
Documento de Identificación (Clase y número): CC 80054833
Nacionalidad: COLOMBIANO

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: PALACIOS MACHADO WILMAN ANTONIO
Documento de Identificación (Clase y número): CC 80054833
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 2013 Mes 09 Día 13

Nombre y firma del funcionario que autoriza
OSCAR ANTONIO ALVAREZ GOMEZ
Nombre y firma

**Reconocimiento paterno**

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Escaneado con CamScanner