



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 SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURISTICOS

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

Código Regional	68
Código Centro	930910
Fecha Elaboración	22 de Mayo de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	38955-471305

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	NAYIBE YUSELY CACERES SALCEDO	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.098.628.047	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	nycaceres@sena.edu.co	Número de Cuenta:	046090585830
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:	7420090/2025	Nº Compromiso SIIF	13125	Número de pagos durante la vigencia del contrato	8
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: APOYO A LA GESTION, EN LA ECCL DEL SENA, PARA CONSTRUCCION Y REVISION DE INSTRUMENTOS DE EVALUACION, EN EL AREA DE SERVICIOS A LA SALUD Y AREAS AFINES, PARA CUMPLIMIENTO DE METAS ESTABLECIDAS PL 225 DIAS V/R MES \$ 4.600.000				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/05/2025	Al	31/05/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 21.773.333
Número de pago	4			Valor Total del Contrato:	\$ 34.500.000
Valor Bruto Pago:	\$ 4.600.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 17.173.333

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.600.000	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	\$ 4.600.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.697.300	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Mayo	Abril			TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	7967598830	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.697.300,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.840.000	\$ 1.840.000	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.075.600,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 230.000	\$ 230.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 294.400	\$ 294.400	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	\$ 19.300	\$ 19.300	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Reteica - 8211 - BUCARAMANGA	36.680,00	0,900%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -			0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta	\$ 460.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	Sobretasa Bomberil	3.668,00	10,000%
Renta Exenta 25%	\$ 26.227.473	\$ 899.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 3.312.000		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		VALOR A PAGAR	\$ 4.559.652,00	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

evaluacion de candidatos de la norma 230101311
inscripcion de candidatos para norma de control de infecciones.
realizacion de items de conocimientos.

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:	
1. Cumpli 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	Nayibe y. Caceres S.
	NAYIBE YUSELY CACERES SALCEDO EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:	Autorizo el presente pago. El Supervisor,
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;	 ASTRID JULIANA MATEUS VARGAS PROFESIONAL G02
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo 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.	

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
NORMAN CARRILLO RAMIREZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

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:	1098628047	NÚMERO PLANILLA:	7967598830	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	KRA 44 # 65 65 LA FLORESTA	TELÉFONO:	6949711	DÍAS DE MORA:	0		mayo AÑO 2025
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/05/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1480041626
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO						
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	DESCUENTO	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	\$ 294.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 294.400	\$ 0	\$ 0	\$ 294.400
SUBTOTALES:										\$ 294.400	\$ 0	\$ 0	\$ 294.400

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
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 230.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 230.000	\$ 0	\$ 0	\$ 230.000
SUBTOTALES:										\$ 230.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 230.000	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		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	\$ 0	\$ 9.700	\$ 9.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 9.700	
SUBTOTALES:										\$ 9.700	\$ 0	\$ 0	\$ 9.700

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	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SALUD				ARP				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	DÍAS COT	IBC	ADMIN
1	CC 1098628047	CACERES SALCEDO NAYIBE YUSELY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.840.000				NO																	231001-COLFONDOS	30	1.840.000	\$ 294.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 294.400	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	1.840.000	\$ 230.000	\$ 0	\$ 230.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.840.000	\$ 109862804	\$ 9.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 534.100



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BUCARAMANGA, 6 de Febrero del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BUCARAMANGA

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	1095310785	thomas samuel casadiegos caceres	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,

Naybe y. Caceres S.

NAYIBE YUSELY CACERES SALCEDO
C.C. 1098628047

REPUBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1095310785

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

43626194

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría	<input type="checkbox"/>	Notaría	<input checked="" type="checkbox"/>	Número	0-3	Consulado	<input type="checkbox"/>
Corregimiento	<input type="checkbox"/>	Inspección de Policía	<input type="checkbox"/>	Código	0	1	E
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía COLOMBIA-SANTANDER-BUCARAMANGA							
Datos del Inscrito							
Primer Apellido				Segundo Apellido			
CASADIEGOS				CACERES			
Nombre(s) THOMAS SAMUEL							
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo	Factor RH
Año	2	0	9	Mes	D	I	C
			Día	2	9	MASCULINO	
					0	POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) COLOMBIA-SANTANDER-BUCARAMANGA							
Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos				Número certificado de nacido vivo			
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO				51987796 1			
Datos de la madre							
Apellidos y nombres completos CACERES SALCEDO NAYIBE YUSELY							
Documento de identificación (Clase y número)				Nacionalidad			
C.C. 1098628047 DE BUCARAMANGA				COLOMBIANA			
Datos del padre							
Apellidos y nombres completos CASADIEGOS LUNA RONALD HERNANDO							
Documento de identificación (Clase y número)				Nacionalidad			
C.C. 13870492 DE BUCARAMANGA				COLOMBIANO			
Datos del declarante							
Apellidos y nombres completos CASADIEGOS LUNA RONALD HERNANDO							
Documento de identificación (Clase y número)				Firma			
C.C. 13870492 DE BUCARAMANGA							
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	2	0	1	Mes	E	N	E
			Día	0	5	Dr. CARLOS ARTURO PADILLA ORTIZ	
				Notario Tercero del Círculo de Bucaramanga			
				Nombre y firma			
Reconocimiento paterno				Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento			
				Dr. CARLOS ARTURO PADILLA ORTIZ			
Firma				Notario Tercero del Círculo de Bucaramanga			
ESPACIO PARA NOTAS							
REGISTRADO AL LIBRO DE VARIOS 158 FOLIO 38							
				Dr. CARLOS ARTURO PADILLA ORTIZ			
				Notario Tercero del Círculo de Bucaramanga			

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

