



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 HUILA

CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS-HUILA

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

Código Regional	41
Código Centro	952710
Fecha Elaboración	Abril de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	76523-332281

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ANLLI CAROLINA CORTES CORREA	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.075.259.998	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	accortes@sena.edu.co	Número de Cuenta:	53422847720
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	SI
¿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			SI
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:	7418705/2025	Nº Compromiso SIIF	21825	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: 41_9527_133 PSP PARA APOYAR LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS DEL SENA REGIONAL HUILA EN LA ESPECIALIDAD REQUERIDA: ENSEÑANZA DE IDIOMAS				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/04/2025	Al	30/04/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 39.709.111
Número de pago	3			Valor Total del Contrato:	\$ 47.528.280
Valor Bruto Pago:	\$ 4.599.511,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 35.109.600

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.599.511	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.599.511	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.704.460	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	-----	32976414	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.704.460,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.839.804	\$ 1.839.804	Base retención en la fuente a título de ICA	4.599.511,00	
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	\$ 9.700	\$ 9.700	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Reteica - 8299	0,00	0,350%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			0,00	0,350%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			0,00	0,350%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -			0,00	0,350%
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	\$ 459.951		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 36.062.775	\$ 901.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 1.522.000		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$		VALOR A PAGAR	\$4.599.511,00	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS ONCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

- Durante el mes de abril desarrollé el objeto contractual cumpliendo con las horas solicitadas, en el mes impartí formación profesional en las fichas: ANALISIS Y DESARROLLO DE SOFTWARE 3145556, GESTION DE REDES DE DATOS 3145546, GESTION EFICIENTE 2977911, GESTION EFICIENTE 2977912, GESTION EFICIENTE 3118470, PROGRAMACION DE SOFTWARE 3070000.
- Asistí a la reunión de equipo ejecutor convocada por la coordinación académica orientada por el instructor Nelson yami d Góngora día 07 de abril del 2025.
- Utilice los aplicativos tecnológicos Sena Sofia plus, correo electrónico y demás herramientas dispuestas para el proceso formativo.
- Acaté los lineamientos del Sistema Institucional de Gestión y el Sistema de Seguridad de Salud en el trabajo.
- Presenté a la supervisión los reportes de ejecución de actividades en forma mensual y los demás informes solicitados y di respuesta a las comunicaciones solicitadas inherentes a mi objeto contractual

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

**ANLLI CAROLINA CORTES CORREA
EL CONTRATISTA**

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
- 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,

**NORBERTO HERNANDEZ BARRERO
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
FERMIN BELTRAN BARRAGAN
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

RAZÓN SOCIAL :	ANLLI CAROLINA CORTES CORREA
IDENTIFICACIÓN:	CC-1075259998
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-03-31
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-04-24
FECHA DE PAGO:	2025-03-31
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-03
PERÍODO SALUD:	2025-03
NÚMERO PLANILLA:	32976414
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	32976414
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	\$ 1.839.804	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 230.000	\$ 230.000
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 1.839.804	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 294.400	\$ 294.400
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.839.804	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 9.700	\$ 9.700
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 534.100	\$ 534.100

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	23/05/2025
----------------------------------	------------

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1075259998 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA	CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión: 2025-03	230301	800224808	PORVENIR	1	0	294.400	0	294.400
Período salud: 2025-03	EPS005	800251440	SANITAS	1	0	230.000	0	230.000
Planilla Nro.: 32976414 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	0	9.700	0	9.700
Clase de aportante: I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Fecha transacción: 2025-03-31	PASENSA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco: BANCOLOMBIA	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción: 1375561876	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
	PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
GRAN TOTAL								\$ 534.100

PAGADO

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

PLANILLA NRO. 33522130

REFERENCIA DE PAGO (PIN):

Fecha Pago Planilla: 2025-05-21

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	ANLLI CAROLINA CORTES CORREA	TIPO DE PERSONA	Natural	TIPO DE DOCUMENTO	Cédula de Ciudadanía
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	1075259998	D.V.	0	TIPO DE APORTANTE	Independiente
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CLL 21 A 39 72	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	NEIVA
ACTIVIDAD ECONÓMICA	7490	CORREO ELECTRÓNICO	CARITO2894@HOTMAIL.COM	TELÉFONO	8640144
FAX	0	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	POSITIVA	Tipo de aportante	Independiente

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2025	Mes: 03	Año: 2025	Mes: 03	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
1		\$0		33522130

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO										Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Sub tipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Actividad Eco	Tipo de Salario	Nombres	Salario Básico
CC-1075259998	59	No	No	No	41	1	1855101	Salario	CORTES CORREA ANLLI CAROLINA	\$1.839.804

NOVEDADES																																	
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	T D E	T A E	T D A	T A S	V P P	Fecha Nov Vsp	V E	V S	S L	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	I G E	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	L M A	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	V A C	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	A V C P T	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin			
CC - 1075259998									X	2025-03-01	C																				0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 1075259998	PORVENIR	30	\$1.841.000	0.1600000	\$294.600	\$0	\$0	\$294.600	\$0	\$0	\$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Có d CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 1075259998	SANITAS	30	\$1.841.000	0.1250000	\$230.200	\$0		\$0		\$0	30	\$1.841.000	8999034	0.0052200	\$9.700

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cot a CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-1075259998	SIN CCF	0	\$0	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2025 - 03

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APOORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APOORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
PORVENIR	1	\$200	\$0	\$0	\$0	\$0	27	\$100	\$0	\$0	\$300

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOT AL APORTES COT	SUBTOT AL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
SANITAS	1	\$200	\$0	0	\$0	0	\$0	\$200	27	\$100	\$0	\$300	\$0	0	\$0	\$0	\$300	\$0	\$0	\$300

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA

ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES	VLR INCAPACIDADES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQ INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
POSITIVA	0	\$0	0	\$0	\$0	\$0	27	\$0	\$0	0	\$0	\$0	\$0

TOTAL APORTES PARAFISCALES

NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
SIN CCF	0	\$0	27	\$0	\$0
SENA	0	\$0	27	\$0	\$0
ICBF	0	\$0	27	\$0	\$0
ESAP	0	\$0	27	\$0	\$0
MinEdu	0	\$0	27	\$0	\$0

TOTAL A PAGAR

CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	1	\$300
PENSIONES	1	\$300
RIESGOS PROFESIONALES	1	\$0
CAJAS DE COMPENSACIÓN	1	\$0
SENA	1	\$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
ICBF	1	\$0
ESAP	1	\$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	\$0
GRAN TOTAL	1	\$600



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Neiva, 17 de febrero de 2025

SENA - REGIONAL HUILA
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 41-1-2025-001297

17/02/2025 10:21:50 a. m.

Destinatario: _____

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
NEIVA HUILA

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 párrafo 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:

NUIP - NIP	1077254149	EMMA COLLAZOS CORTES	HIJO
-------------------	-------------------	-----------------------------	-------------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Cordialmente,


FIRMA

Nombre: Anlli Carolina Cortes Correa
C.C. 1.075.259.998



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61756430

NUIP 1077254149



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Form with checkboxes for Registraduría, Notaría, Consulado, Corregimiento, Inspección de Policía, and Código (K, 6, W). Location: COLOMBIA - HUILA - NEIVA NOTARIA 4 NEIVA

Datos del inscrito

Form with fields for First Surname (COLLAZOS), Second Surname (CORTES), Name(s) (EMMA), Date of Birth (2021), Sex (FEMENINO), Blood Group (B), Factor RH (POSITIVO), and Place of Birth (COLOMBIA - HUILA - NEIVA)

Form with fields for Type of document (CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO) and Number of certificate (160258084)

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)

Form for mother/pater data: Apellidos y nombres completos (CORTES CORREA ANLLI CAROLINA), CC No. (1075259998), Nationalidad (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)

Form for mother/pater data: Apellidos y nombres completos (COLLAZOS RUIZ JHON ANDERSON), CC No. (1075246041), Nationalidad (COLOMBIA)

Datos del declarante

Form for declarant data: Apellidos y nombres completos (COLLAZOS RUIZ JHON ANDERSON), CC No. (1075246041), and signature

Datos primer testigo

Form for first witness data: Apellidos y nombres completos, CC No., and signature

Datos segundo testigo

Form for second witness data: Apellidos y nombres completos, CC No., and signature

Form for inscription date (2021 MAY 20) and authorized official (DEYANIRA ORTIZ CUENCA)

Form for paternal recognition (Firma) and official signature (DEYANIRA ORTIZ CUENCA)

ESPACIO PARA NOTAS OTRO: LIBRO DE VARIOS TOMO 2, FOLIO 177:20/05/2021

NOTARIA CUARTA DE NEIVA ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL A SOLICITUD DE MARCELO NEIVA 20 MAY 2021 PARA ACREDITAR PARENTESCO DEYANIRA ORTIZ CUENCA

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO