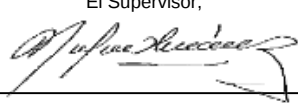


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) REGIONAL HUILA CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS-HUILA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL 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	19135-221049
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: BRIGITTE STEPHANY ORTIZ SANCHEZ		Banco a consignar: AV VILLAS		
Cédula de Ciudadanía: 1.075.245.814		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: bsortiz@sena.edu.co		Número de Cuenta: 662955124		
IP/N° de contacto: 83234		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?				
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000				
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)				
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?				
Concepto del pago corresponde a: Ninguno				
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%				
DATOS DEL CONTRATO				
N° del contrato: 7422337/2025		N° Compromiso SIIF 20825		Número de pagos durante la vigencia del contrato 11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: 41_9527_150 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: MANTENIMIENTO MECÁNICO INDUSTRIAL		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del 01/04/2025 Al 30/04/2025		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 40.322.379
Número de pago 3		Valor Total del Contrato:		\$ 48.141.548
Valor Bruto Pago: \$ 4.599.511,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 35.722.868
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 4.599.511		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 \$ 4.599.511		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.711.160		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
		Abril	Marzo	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 2.711.160,00 TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	9483547360	Base retención en la fuente a titulo de ICA 4.599.511,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.839.804	\$ 1.839.804	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 230.000	\$ 230.000	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 294.400	\$ 294.400	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA 0,00 15%
ARL IV		\$ -	\$ 0	Reteica - 8299 0,00 0,350%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		- 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		\$ -		- 0,00 0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		- 0,00 0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		- 0,00 0,000%
Dependientes hasta		\$ 459.951		- 0,00 0,000%
Salud hasta \$ 796.784		\$ -		- 0,00 0,000%
Renta Exenta 25% \$36.062.775		\$ 904.000		- 0,00 0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 1.525.000				- 0,00 0,000%
Retención en la Fuente Contingente \$				- 0,00 0,000%
				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
				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 marzo realicé las siguientes actividades en desarrollo del contrato No C01.PCCNTR.7422337 del año 2025:				
1. Orienté formación en las siguientes fichas Tecnólogo en Mantenimiento Electromecánico Industrial Ficha 2823311,Tecnólogo en Diseño e Integración de Automatismos Mecatrónicos Ficha 2900178, Tecnólogo en Electricidad Industrial Ficha 3141309,Tecnólogo en Automatización Industrial Ficha 2850213 y 3145557.				
2. Participo en el EDT Herramienta TEAMS para ejecución de la FPI.				
3.Presenté a la supervisión el pago de aportes a salud, pensiones N° 9483547360 expedido por Aportes en Línea correspondiente al mes marzo.				
4.Apoye y participe en actividades de bienestar al aprendiz con el taller de código integridad, ejecutada en la ficha 3141309 Tecnólogo en Electricidad Industrial.				
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		 BRIGITTE STEPHANY ORTIZ SANCHEZ 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;				
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:		NORBERTO HERNANDEZ BARRERO INSTRUCTOR G20		
EL ORDENADOR DEL PAGO FERMIN BELTRAN BARRAGAN SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1075245814		ORTIZ SANCHEZ BRIGGITTE STEPHANY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 15A # 41-10	NEIVA-HUILA	8652513	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-03	2025-03	1374377288	9483547360	I	2025/04/03	2025/03/31	BANCO AV VILLAS	0	\$524,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																																									
EMPLEADO			NOVEDADES													PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES																									
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	de	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes																
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							\$1,839,804	\$294,400			\$1,839,804	\$230,000			\$0	\$0			\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$524,400
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							\$1,839,804	\$294,400			\$1,839,804	\$230,000			\$0	\$0			\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$524,400
Ciudad: NEIVA Depto: HUILA (1 Afiliados)																							\$1,839,804	\$294,400			\$1,839,804	\$230,000			\$0	\$0			\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$524,400
1	CC	1075245814	ORTIZ BRIGGITTE																	230201	30	\$1,839,804	\$294,400	EP5005	30	\$1,839,804	\$230,000		0	\$0	\$0		0	\$0	0.000%	\$0	0	\$0		\$0	No	\$524,400															
Total Afiliados(1)																							\$1,839,804	\$294,400			\$1,839,804	\$230,000			\$0	\$0			\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$524,400

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1075245814		ORTIZ SANCHEZ BRIGGITTE STEPHANY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 15A # 41-10	NEIVA-HUILA	8652513	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-03	2025-03	1374377288	9483547360	I	2025/04/03	2025/03/31	BANCO AV VILLAS	0	\$524,400

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO		NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$294,400	\$0	\$0	\$294,400
PROTECCION	230201		800,229,739	0	1	\$294,400	\$0	\$0	\$294,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$230,000	\$0	\$0	\$230,000
SANITAS	EP5005		800,251,440	6	1	\$230,000	\$0	\$0	\$230,000
TOTAL					1	\$524,400	\$0	\$0	\$524,400

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico



Dirección IP:	186.102.36.190
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9483547360
Valor:	524,400
Período de pago:	2025-03
No Transacción (CUS):	1374377288
Fecha:	2025/03/31
Banco:	BANCO AV VILLAS
Descripción :	Pago de la planilla de aportes con clave: 9483547360
Aportes en línea:	9999001472382

[Aceptar](#)[Imprimir](#)

Recuerda los canales de atención que tiene Aportes en Línea para brindarte soporte

- Si usted es un cliente empresarial comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 746 0888, Medellín 604 604 3010, Cali 602 485 2050, Barranquilla 605 385 8090, Cartagena: 605 693 4080 y en el resto del país 01 8000 510245.
- Si usted es independiente o empleador doméstico comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 742 3900, Medellín 604 604 1060, Cali 602 485 3939, Barranquilla 605 385 2080, Cartagena 605 693 1515, Bucaramanga 607 697 0909, Ibagué 608 277 1100, Nacional 01 8000 524448
- Nuestro horario de atención con asesores telefónicos es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

[¿Quiénes somos?](#)[Servicios que ofrecemos](#)[¿Cómo liquido mis aportes?](#)[¿Por qué elegimos?](#)[Preguntas frecuentes](#)[Contáctenos](#)[Documentos y normas](#)[Línea Ética](#)

Copyright © 2025 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.

Se certifica que BRIGGITTE STEPHANY ORTIZ SANCHEZ identificado(a) con CC 1075245814 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

ORTIZ SANCHEZ BRIGGITTE STEPHANY CC 1075245814

Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-03	2025-03	1374377288	9483547360	I	2025-03-31																	
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC						Cotización										
AFP		PROTECCION		30	16%	\$1,839,804						\$294,400										
EPS		SANITAS		30	12.5%	\$1,839,804						\$230,000										
Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-03	2025-03	1497878110	9486361610	N	2025-05-21								C	X								
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC						Cotización										
AFP		PROTECCION		30	16%	\$1,841,804						\$294,700										
EPS		SANITAS		30	12.5%	\$1,841,804						\$230,300										

Este certificado se expide el día 2025-05-21 a las 03:03.

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico



Dirección IP:	186.102.29.68
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9486361610
Valor:	800
Periodo de pago:	2025-03
No Transacción (CUS):	1497878110
Fecha:	2025/05/21
Banco:	NEQUI
Descripción :	Pago de la planilla de aportes con clave: 9486361610
Aportes en línea:	9999001472382

[Aceptar](#)[Imprimir](#)

Recuerda los canales de atención que tiene Aportes en Línea para brindarte soporte

- Si usted es un cliente empresarial comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 746 0888, Medellín 604 604 3010, Cali 602 485 2050, Barranquilla 605 385 8090, Cartagena: 605 693 4080 y en el resto del país 01 8000 510245.
- Si usted es independiente o empleador doméstico comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 742 3900, Medellín 604 604 1060, Cali 602 485 3939, Barranquilla 605 385 2080, Cartagena 605 693 1515, Bucaramanga 607 697 0909, Ibagué 608 277 1100, Nacional 01 8000 524448
- Nuestro horario de atención con asesores telefónicos es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

[¿Quiénes somos?](#)[Servicios que ofrecemos](#)[¿Cómo liquido mis aportes?](#)[¿Por qué elegimos?](#)[Preguntas frecuentes](#)[Contáctenos](#)[Documentos y normas](#)[Línea Ética](#)

Copyright © 2025 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Neiva, 16 de febrero de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

SENA - REGIONAL HUILA
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 41-1-2025-001261

17/02/2025 8:33:35 a. m.

Destinatario: _____

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:

NUIP - NIP	1076928412	Zoe Guadalupe Campos Ortiz	HIJO
-------------------	-------------------	-----------------------------------	-------------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

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

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,

FIRMA

Nombre: Brigitte Stephany Ortiz Sanchez
C.C. 1.075.245.814



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

62735245

NUIP

1076928412

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código K 5 W

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

COLOMBIA - HUILA - NEIVA NOTARIA 3 NEIVA

Datos del Inscrito

Primer Apellido CAMPOS Segundo Apellido ORTIZ

Nombre(s) ZOE GUADALUPE

Fecha de nacimiento Año 2024 Mes JUL Día 12 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo A Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección) COLOMBIA - HUILA - NEIVA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 24076711042562

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 ORTIZ SANCHEZ BRIGGITTE STEPHANY

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1075245814 Nacionalidad 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)

Apellidos y nombres completos CAMPOS GARCIA SERGIO ANDRES

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1075255290 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos ORTIZ SANCHEZ BRIGGITTE STEPHANY

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1075245814 Firma e Brigitte J. Ortiz S.

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 2024 Mes JUL Día 18

Nombre y firma del funcionario autoriza LIBARDO ALVAREZ SANDOVAL

Reconocimiento paterno

Firma Sergio Campos

Nombre y firma del funcionario de reconocimiento LIBARDO ALVAREZ SANDOVAL

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO: LIBRO DE VARIOS TOMO 73 FOLIO 55:18/07/2024



COMO NOTARIO TERCERO DEL CÍRCULO DE NEIVA HUIA MANIFIESTO QUE ESTA ES FOTOCOPIA TOMADA DEL ORIGINAL. FIEL COPIA Y COMPLETA QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARIA LA QUE EXPIDO EN UNA HOJA DE PAPEL COMÚN CON DESTINO AL INTERESADO LIBARDO ALVAREZ SANDOVAL CON LA ÚNICA FINALIDAD DE DEMOSTRAR PARENTESCO. ESTE REGISTRO TIENE VALIDEZ PERMANENTE. NEIVA, HUILA EL NOTARIO:

LIBARDO ALVAREZ SANDOVAL
NOTARIO TERCERO DEL CÍRCULO DE NEIVA