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 CÓRDOBA

CENTRO AGROPECUARIO EL PORVENIR-CÓRDOBA

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

Código Regional	23
Código Centro	911510
Fecha Elaboración	Mayo de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	35278-125153

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LORIS KARINA BERMUDEZ DIAZ	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.063.288.839	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	lorys1810@gmail.com	Número de Cuenta:	09192231687
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:	7558332/2025	Nº Compromiso SIIF	44325	Número de pagos durante la vigencia del contrato	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONTRATISTAS PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN POBLACIÓN VÍCTIMA DEL DESPLAZAMIENTO POR LA VIOLENCIA DEL CENTRO AGROPECUARIO Y DE BIOTECNOLOGÍ

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/05/2025	Al	31/05/2025	Saldo Anterior del Contrato:	$ 35.262.918
Número de pago	3			Valor Total del Contrato:	$ 44.461.940
Valor Bruto Pago:		$ 4.599.511,00		Nuevo Saldo del Contrato:	$ 30.663.407

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.511	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	2,33%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 125.935
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.599.511		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	$ 9.199.022	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 5.393.720	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	$ 125.935

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

		Mayo	Abril			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	7964268155	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	5.393.720,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 1.839.804	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.075.111,00	
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	125.935,00	2,33%
ARL	II	$ 19.300	$ 19.300	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 294.400		Reteica - 8299 - MONTERIA	8.150,00	0,200%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 230.000		-	0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 19.300		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		-	0,00	0%
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		$ 919.902		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 796.784	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 32.784.341	$ 1.798.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.798.000					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		VALOR A PAGAR	$4.465.426,00	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se impartió formación en la ficha 3200408 básicos de contabilidad costo y presupuesto, en la competencia preparar y presentar la información contable según normas en el municipio de cerete.

Se impartió formación en la ficha 3201423 básicos de contabilidad costo y presupuesto, en la competencia preparar y presentar información contable según normas en el municipio de Montelíbano.

Se impartió formación en la ficha 3201819 elaboración del plan de mercado en la competencia Formular el plan según objetivos en el municipio de Montelíbano

Se impartió formación en la ficha 3205922 fortalecimiento en mercado y venta en la competencia Vender producto y servicios de acuerdo con las necesidades en el municipio de Montelíbano.

Se impartió formación en la ficha 3219954 mercadeo y venta, en la competencia negociar productos en el municipio de montelibano

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



LORIS KARINA BERMUDEZ DIAZ
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,



ENAIS MARINA ORTEGA MORELO
INSTRUCTOR

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
MIGUEL ALFONSO OVIEDO GOMEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

25/05/25 17:43:15 USUARIO: SIC - C.C. 1063288839

Scanned with CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1063288839
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LORYS KARINA BERMUDEZ DIAZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CRA 38B 43A 13	TELÉFONO:	5428617
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7964268155**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/04/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1404921678

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 294.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 294.400**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 230.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 230.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 19.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 19.300**

VALOR SIN MORA:	**$ 543.700**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 543.700**

Planilla Pagada

Bancolombia

Comprobante en línea

11 de abril 2025 03:50:53

Pago PSE

Pago exitoso

CUS 1404921678

Comercio
SOI ACH

Referencia 1
10.80.25.153

Fecha
11 abril 2025 03:50:53

Referencia 2
CC

Número de factura
7964268155

Referencia 3
1063288839

Descripción del pago
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Valor del Pago
$543,700

Número de comprobante
TR1227474480

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 5248**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

MONTERIA, 1 de Marzo del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
MONTERIA

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:

RC	**1068447233**	**THIAGO LOSADA BERMUDEZ**	**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,

LORIS KARINA BERMUDEZ DIAZ
C.C. 1063288839

Certifico:

ÁLVARO ENRIQUE ALGARÍN MORA
C.C. 10966878
TP 265616

Scanned with CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1068447233

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60798093

60798093

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** H Z Q

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

COLOMBIA - CORDOBA - MONTERIA NOTARIA 1 MONTERIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LOSADA	BERMUDEZ

Nombre(s): THIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes JUN Día 09	MASCULINO	O	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	173437265

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: BERMUDEZ DIAZ LORIS KARINA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1063288839	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: LOSADA BERMEO VICTOR ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1117507215	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: LOSADA BERMEO VICTOR ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1117507215	

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 2022 Mes JUN Día 13	JOSE FABIO CIFUENTES LEON Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	JOSE FABIO CIFUENTES LEON Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

~~LIBRO DE VARIOS:FOLIO 583; OTRO:00000102 KVG; OTRO.CN - CLINICA CENTRAL OHL LTDA;13/06/2022~~

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

THOMAS GREG & SONS

Escaneado con CamScanner
Scanned with CamScanner



República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

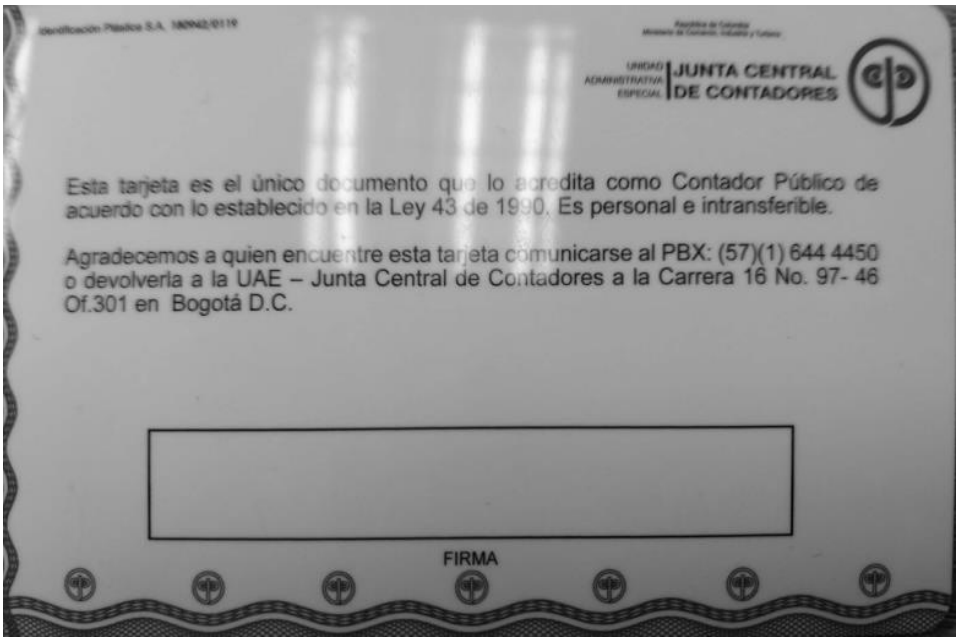
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

265616-T

ALVARO ENRIQUE
ALGARIN MORA
C.C. 10966878
RES. INSCRIPCION 1900 DEL 18/11/2019
CORPORACION UNIVERSITARIA DEL CARIBE

JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL

283713 297006



Identificación Plástica S.A. 180942/0119

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

FIRMA

Scanned with CamScanner