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 DISTRITO CAPITAL**

**CENTRO DE MECÁNICA AUTOMOTRIZ Y TRANSPORTE- BTÁ D.C.**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **921310** |
| **Fecha Elaboración** | **Julio de 2025** |
| **Versión** | **ENERO - 2.25** |
| **ID de Proceso** | **60118-817186** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | JOHANA YIZETH PARRA BUSTOS | **Banco a consignar:** | BANCO CAJA SOCIAL |
| **Cédula de Ciudadanía** | 1.013.653.354 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | johanaparra1023@gmail.com | **Número de Cuenta:** | 24136622141 |
| **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:** | 7617625/2025 | **Nº Compromiso SIIF** | **17525** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 10 |
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR:PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÃ¡CTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÃ³N | | | | |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **01/07/2025 Al 31/07/2025** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 20.861.116 |
| **Número de pago** | **5** | **Valor Total del Contrato:** | $ 34.373.430 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 3.555.872,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 17.305.244 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.555.872 | 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** | **$ 3.555.872** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.095.485** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Julio | Junio |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **1073082448** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.423.500 | $ 1.423.500 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 178.000 | $ 178.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 227.800 | $ 227.800 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL | IV | $ - | $ 0 |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| 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 | $ 796.784 | $ 355.587 | |
| Salud hasta | $ 32.784.341 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 2.636.000 | $ 699.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.095.485,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.150.072,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 - BOGOTÁ | 30.430,00 | 0,966% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| 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** | **$3.525.442,00** | |

**SON: TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTICINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FORMACION TECNICO EN CONTROL DE LA MOVILIDAD TRANSPORTE Y SEGURIDAD VIAL

**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

JohanayparraB.

**JOHANA YIZETH PARRA BUSTOS**
**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.

**YEISON ALBERTO ROMERO CARRILLO**
**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**
**SAMIR ARTURO BRAVO CHADID**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

15/07/25 14:32:59 USUARIO: SIC - C.C. 1013653354

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-07-03, 04:28:29 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1073082448

**Periodo Cotización:** junio de 2025 **Periodo Servicio:** junio de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823117900

**PAGADO 02/07/2025 EN HORARIO EXTENDIDO**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | JOHANA YIZETH PARRA BUSTOS | | |
| **Documento** | CC1013653354 | **Dirección** | CR 29 B 31 D 34 SUR |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3118740938 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | NINGUNA ARP |

## 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 APO | 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 1013653354 | JOHANA YIZETH PARRA BUSTOS | 03 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.423.500 | $ 227.800 | (EPS008) COMPENSAR EPS | $ 1.423.500 | $ 178.000 | 0,000 | $ 0 | $ 0 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.423.500 | $ 28.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 434.300 |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 0 | $ 1.423.500 | $ 227.800 | $ 178.000 | $ 0 | $ 28.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 434.300 | $ 0 | $ 434.300 |

**FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

BOGOTÁ, 13 de Marzo del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

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** | **1246448959** | **isabella leon parra** | **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,

Johana Y Parra B.

JOHANA YIZETH PARRA BUSTOS
C.C. 1013653354

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1246448959

Indicativo Serial 62543494

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

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A Q P

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 81 BOGOTA DC

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| LEON | PARRA |

Nombre(s): ISABELLA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2023 Mes JUL Día 23 | FEMENINO | O | POSITIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/a Inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 23075710570633 |

**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: PARRA BUSTOS JOHANA YIZETH

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC No. 1013653354 | 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: LEON BAUTISTA JHOAN SEBASTIAN

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC No. 1018482516 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: LEON BAUTISTA JHOAN SEBASTIAN

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC No. 1018482516 | |

**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 2023 Mes JUL Día 26

Nombre del funcionario que autoriza: EDUAR YOBANY CASTRO BAQUERO (E)

**Reconocimiento paterno**

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

**ESPACIO PARA NOTAS**

OTRO:CN - LIBRO DE VARIOS TOMO 004, FOLIO 286;26/07/2023

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner