



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 ATENCION SECTOR AGROPECUARIO-SANTANDER

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

Código Regional	68
Código Centro	912210
Fecha Elaboración	22 de Julio de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	09331-694267

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MAYERLY DIAZ DELGADILLO	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	37.651.830	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	mdiazde@sena.edu.co	Número de Cuenta:	000339563124
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?			
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:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7546160/2025	Nº Compromiso SIIF	26425	Número de pagos durante la vigencia del contrato	9
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: EN LA EVALUACION Y CERTIFICACION DE COMPETENCIAS LABORALES DEL SENA Y CONSTRUCCION Y REVISION DE INSTRUMENTOS DE EVALUACION EN LAS AREAS CLAVES DE PRODUCCION AGRICOLA CACAO Y CHOCOLATERIA Y DEMAS AFINES PL 8M VR MES \$4.235.000				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/07/2025	Al	31/07/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 16.234.167
Número de pago	6			Valor Total del Contrato:	\$ 33.880.000
Valor Bruto Pago:	\$ 4.235.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 11.999.167

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.235.000	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	\$ 4.235.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.482.900	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Julio	Junio	Base retención en la fuente a título de RENTA		
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	4610883830	Base retención en la fuente a título de ICA	2.482.900,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.694.000	\$ 1.694.000	Base retención en la fuente a título de ICA	4.235.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 211.800	\$ 211.800	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 271.100	\$ 271.100	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	\$ 17.700	\$ 17.700	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Reteica - 8211 - PIEDECUESTA	21.175,00	0,500%
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	\$ 423.500	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 29.505.907	\$ 828.000	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 3.606.000	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR	\$4.213.825,00	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS TRECE MIL OCHOCIENTOS VEINTICINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realiza la prueba de la Evidencia de Conocimiento de manera Presencial en línea a 53 Candidatos de la Norma: 270401124: Manejar lab
Se realiza la toma de las evidencias de desempeño y el producto de manera Virtual de los 43 Candidatos de la Norma: 270406001: Produci
Se participo en la Reunión dirigida por la Dirección general Tema: Trasferencia de Conocimiento sobre el Acuerdo 009 de 2024 - Reglame
Bateria aprobado por el Banco Nacional de Instrumentos en la Norma: 270406025: Decorar chocolates de acuerdo con parámetros técnicos
Se realizó la Sensibilización e Inducción a la norma: 270401124 Manejar labores culturales según procedimiento técnico y buenas prácti
Se realizo la Auditoria del P: 115 de la Norma: 270406001: Producir material vegetal de cacao que cumpla con las condiciones agrónomi
Se realiza la validación de las 53 Cédulas de los candidatos en la norma: 270401124: Manejar labores culturales según procedimiento té
Se realizó el informe cualitativo de la norma: 270406020 Grupo # 1 Acondicionar chocolate de acuerdo con parámetros técnicos de prod
Se hace el cargue con la documentación correspondiente para la auditoria de los procesos

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

Mayerly Diaz Delgadillo
MAYERLY DIAZ DELGADILLO
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 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.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor

Adda Mayerly Marin Diaz
ADDA MAYERLY MARIN DIAZ
PROFESIONAL G01

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
JHON EDISON JIMENEZ MARTINEZ
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:	37651830	NÚMERO PLANILLA:	4610883830	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	SAN VICENTE DE CHUCURI	DEPARTAMENTO:	MAYERLY DIAZ DELGADILLO	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	CL 6 A N 18 75	TELÉFONO:	SANTANDER	DÍAS DE MORA:	0	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993151560
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	5555555	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/07/01		
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	I-INDEPENDIENTE				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO		Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
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	VALOR PAGADO			
230201	230201- PROTECCION	1	\$ 271.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 271.100	\$ 0	\$ 271.100	
SUBTOTALES:											\$ 271.100	\$ 0	\$ 271.100		

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	VALOR PAGADO
ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 211.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 211.800	\$ 0	\$ 0	\$ 211.800	
SUBTOTALES:											\$ 211.800	\$ 0	\$ 0	\$ 211.800		

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	\$ 17.700	\$ 17.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 17.700	\$ 0	\$ 0	\$ 17.700
SUBTOTALES:											\$ 17.700	\$ 0	\$ 0	\$ 17.700	

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											
																										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	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 37651830	DIAZ DELGADILLO MAYERLY	INDEPENDIENTE		\$ 1.880.000				NO						01-30											230201-PROTECCION	30	1.694.000	\$ 271.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 271.100	ESSC24-COOSALUD ESS	30	1.694.000	\$ 211.800	\$ 0	\$ 211.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.694.000	\$ 37651830	\$ 17.700	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 500.600



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Piedecuesta, 22 de Julio de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

Ciudad

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:

T.I.	1030199458	MARIA LUCIA PINTO DIAZ	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,

Mayerly Diaz Delgado.

FIRMA

Nombre: Mayerly Diaz Delgado

C.C. 37.651.839 de San Vicente

REPÚBLICA DE COLOMBIA



REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

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



5 9 5 7 6 1 5 4

NUIP 1030199458

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial 59576154

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría <input checked="" type="checkbox"/>	Notaria <input type="checkbox"/>	Número <input type="text"/>	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código	A	H	M
---	----------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	--	--	--------	---	---	---

Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA BUCARAMANGA-H R G V *****

Datos del inscrito

Primer Apellido PINTO *****				Segundo Apellido DIAZ *****										
Nombre(s) MARIA LUCIA *****														
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo	Factor RH							
Año	2	0	1	9	Mes	J	U	L	Día	0	1	FEMENINO	O	POSITIVO
Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA *****														

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO *****	Número certificado de nacido vivo 15108024-1 *****
--	---

Datos de 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
DIAZ DELGADILLO MAYERLY *****

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 37651830 *****	Nacionalidad COLOMBIA *****
---	--------------------------------

Datos de padre o madre (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
PINTO PLATA JUAN JOSE *****

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 91046639 *****	Nacionalidad COLOMBIA *****
---	--------------------------------

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
PINTO PLATA JUAN JOSE *****

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 91046639 *****	Firma <i>Juan Plata</i>
---	----------------------------

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 2 0 1 9 Mes J U L Día 0 2	Nombre y firma del funcionario que autoriza <i>[Firma]</i> MARISOL CASTELLANOS AVILA Nombre y firma
---	--

Reconocimiento paterno <i>[Firma]</i> Firma	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento <i>[Firma]</i> MARISOL CASTELLANOS AVILA Nombre y firma
---	--

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:FOLIO 488;02/07/2019