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 BOYACÁ

CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL- BOYACA - SERVICIOS P

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

Código Regional	**15**
Código Centro	**930510**
Fecha Elaboración	**Julio de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**68218-800997**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARIA CRISTINA DIAZ MEDINA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	46.363.425	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	mcdiazm@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	35802997432
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?	SI
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:	7856837/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**124125**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	8

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios personales en la ejecución de la formación profesional integral desarrollando actividades de planeación, orientación y evaluación en los programas de Formación titulada y/o complementaria que se imparte en el Centro de Gestión Administrativa y Fortalecimiento Empresarial en el área de EMPRENDIMIENTO de conformidad con los Lineamientos institucionales

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/07/2025**	**Al**	**31/07/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 27.443.750
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 34.956.284
Valor Bruto Pago:			**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 22.844.239

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	**$ 2.924.860**	**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		----------	**4612656815**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 1.839.804
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 230.000	$ 230.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 0	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.700	$ 9.700
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		$ 459.951	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 26.227.473	$ 975.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.227.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.924.860,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.599.511,00	
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 - TUNJA	45.995,00	1,000%
-	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	**$4.553.516,00**	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL QUINIENTOS DIECISEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Realizar seguimiento del proceso de etapa productiva a aprendices de manera presencial o por medios tecnológicos según cronograma

Evaluar las evidencias de aprendizaje de E.P de acuerdo con el procedimiento de la ejecución de la FPI a las fichas

Rendir informe de las acciones o novedades de aprendices en el desarrollo de la Etapa Productiva de los aprendices,

Acompañamiento Etapa productiva bajo la alternativa Proyecto productivo a las fichas 2627048 - 2758102 seguimiento etapa productiva a las fichas 2692692, 3011583, 2557420, 2774342, 2614152, 2827814, se adelantaron seguimientos finales a dos fichas de las aprendices

Luz Marina Rincón y Maria Fernanda Guzman, se oriento la capacitación a colegio de Ramiriquí 48 horas Comportamiento emprendedor ficha 3284758 TOTAL HORAS MES 184 HORAS

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

MARIA CRISTINA DIAZ MEDINA
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,

NIDIA MARITZA MORA VALBUENA
INSTRUCTOR G13

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
MARIA CLEMENCIA PEREZ ZARATE
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

18/07/25 13:39:56 USUARIO: SIC - C.C. 46363425

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	46363425
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA CRISTINA DIAZ MEDINA DIAZ MEDINA DIAZ MEDINA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOGAMOSO	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CARRERA 10 A NO. 38A-68	TELÉFONO:	7717378
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4612656815**			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	junio	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	4						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/07/11			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	5071173601		

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 230.000	$ 0	$ 600	$ 0	$ 230.000	$ 600	$ 0	$ 230.600
SUBTOTALES:													**$ 230.000**	**$ 600**	**$ 0**	**$ 230.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	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	$ 9.700	$ 9.700	$ 100	$ 0	$ 9.800
SUBTOTALES:									**$ 9.700**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 9.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES							
																												PENSIÓN										SALUD							ARP															
																														FSP		APORTES VOLUNTARIOS																											
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	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	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
1	CC 46363425	DIAZ MEDINA MARIA CRISTINA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PENS VEJ ACT	$ 1.839.805				NO																				0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.839.805	$ 230.000	$ 0	$ 230.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.839.805	46363425	$ 9.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 240.400

Planilla Pagada

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO ESPECIAL DE RETIRO PROGRAMADO
NIT 900.394.960-0

CERTIFICA QUE:

MARIA CRISTINA DIAZ MEDINA, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **46.363.425** se le aprobó la **SOLICITUD POR PENSION DE GARANTIA MINIMA** a partir del 11 de Marzo de 2024 y actualmente se encuentra bajo la modalidad de Retiro Programado con una mesada pensional por $1,300,000.00.

La presente certificación se expide el 16 de junio de 2024.

Cordialmente,



Gerente de Clientes

Tenga en cuenta:

En los Fondos privados como Porvenir la pensión es para toda la vida. Cuando fallece el pensionado, la mesada no termina pasa a sus beneficiarios de ley como hijos y esposa(o).

La afiliación a la EPS en calidad de pensionado el pagador es el Fondo de Pensiones Porvenir S.A. NIT 800.224.808.

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 1595660

NUIP 1.124.067.720...

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
MORANTES DIAZ DIEGO ALEJANDRO.....

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	1	5	Mes	M	A	Y	Día	2	6	MASCULINO.....	B +.....

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA LA GUAJIRA MAICAO.....

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	1	5	Mes	J	U	L	Día	0	9	0056278926.....

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
DIAZ MEDINA MARIA CRISTINA.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 46.363.425.....	COLOMBIA.....

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
MORANTES PINTO HENRY ISIDRO.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 9.533.554.....	COLOMBIA.....

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
MORANTES PINTO HENRY ISIDRO.....

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 9.533.554.....

Espacio para notas

.....

.....

.....

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA LA GUAJIRA MAICAO..... X Y B

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año	2	0	1	8	Mes	J	U	N	Día	2	7

Nombre y firma del funcionario

HENRY LEONARDO CODINA PALACIO.....

Registrador del Estado Civil

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA
22768752-7

Powered by CamScanner