



REGIONAL NORTE DE SANTANDER

CENTRO DE FORMACIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y MINERO

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

Código Centro	911910
----------------------	---------------

Fecha Elaboración	Julio de 2025
-------------------	---------------

Versión	ENERO - 2.25
----------------	---------------------

ID de Proceso	93264-437271
---------------	--------------

DATOS DEL CONTRATISTA

Es declarante de renta por el año gravable 2024 NO

Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0.00%

DATOS DEL CONTRATO

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripción del servicio prestado)

CO1.PCCNTR.7410302 CONTRATACIÓN DE INSTRUCTORES: CPE NO. 54-9-2025-001028 OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN EN LA RED DE CONOCIM

DATOS PERIODO DEL PAGO

Valor Bruto Pago:	\$ 4.599.511.00	Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 21.157.750
-------------------	-----------------	---------------------------	---------------

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.696.860	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0
---	---------------------	---------------------------------------	-------------

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

		Julio	Junio				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	7974608728				
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.839.804	\$ 1.839.804			Base retención en la fuente a título de RENTA	2.696.860,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 230.000	\$ 230.000			Base retención en la fuente a título de ICA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 294.400	\$ 294.400			Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0			IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00 19%
ARL II		\$ 19.300	\$ 19.300			Menos Retención en la Fuente	0,00 0,00%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				Menos Retención IVA	0,00 15%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				Reteica - 8299	0,00 0,000%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -					0,00 0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -					0,00 0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -					0,00 0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -				Estampilla Departamental	91.990,00 2,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -				Otras Retenciones	0,00 0,000%
Dependientes hasta		\$ 459.951				Otras Retenciones	0,00 0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -				Otras Retenciones	0,00 0,000%
Renta Exenta 25%	\$36.062.775	\$ 899.000				Otras Retenciones	0,00 0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 4.215.000						0,00
Retención en la Fuente Contingente		\$				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
						VALOR A PAGAR	\$4.507.521,00

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SIETE MIL QUINIENTOS VEINTIUNO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación profesional integral en los siguientes programas, registro soportado en tiempo Sofia Plus

Titulada-ficha 3097190 T0. Gestión Agroempresarial. Total 92 horas

Curso Complementario-ficha 3289366 Servicio al Cliente, Total 28 horas

Alistamiento y desarrollo curricular de la formación profesional integral. Total 40 horas

Total horas mes	160 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

CLAUDIA PATRICIA HERNANDEZ ANGARITA
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,

DINORA DEL CARMEN MANTILLA RIVERA
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
JOSE EFREN FAJARDO MONTAÑA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 63397324
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	CLAUDIA PATRICIA HERNANDEZ ANGARITA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	CUCUTA DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CRR 10 #11-93 MALAGA	TELÉFONO: 5555555
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7974608728	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: junio	PERIODO COTIZACIÓN MES: junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	15	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/07/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1645892677

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	\$ 297.200
SUBTOTAL:			1	\$ 297.200
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 232.200
SUBTOTAL:			1	\$ 232.200
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 19.500
SUBTOTAL:			1	\$ 19.500

VALOR SIN MORA:	\$ 543.700
VALOR MORA:	\$ 5.200
TOTAL PAGADO:	\$ 548.900