



FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POE conceio de Honorarios mo enesixió « »  
SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

REGIONAL DISTRITO CAPITAL  
CENTRO DE ELECTRICIDAD Y ELECTRÓNICA- BTÁ D.C.  
Adquiriente SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente' 899 999 0z4-1

Código Regional	11
Código Centro	921010
Fecha Elaboración	Agosto de 2025
Versión	ENERO - 2 25
ID de Proceso	54763-159692

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	ALEXANDRA DAVILA AVENDANO	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	52.303.112	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	alexandradavila23@gmail.com	Número de Cuenta:	91242353558
IP/N° 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
<b>TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.</b>	0,00%

**DATOS DEL CONTRATO**

N° del contrato:	7536323/2025	N° Compromiso SILF	29425	Numero de pagos durante la vigencia del contrato	10
------------------	--------------	--------------------	-------	--	----

<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b> (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTO R: PR ESTAR LOS SERVICIOS PER SO NA LE S DE CARÁ CTER TEMPORAL, PARA IMPARTIR FORMAC IÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LOS DIFERENTES NIV ELES DE ACUERDO A LAS COMPETE NCIAS REQUERIDAS EN CADA UNO DE LOS PROGRAMAS OFERTADOS DE FO RMACIÓN TITULADA
---	--

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/08/2025	Al	31/08/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 6.132.679
Número de pago	7			Valor Total del Contrato:	\$ 17.938.094
Valor Bruto Pago:			\$ 2.299.756,00	Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 3.832.923

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Ingresos por honorarios	\$ 2.299.756	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 2.299.706</b>	Menos, ReteFuente Otros Ingresos	\$ 0
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 1.242.480</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

**LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACION DEL NETO A PAGAR**

	Agosto	Julio			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		7978257563	Base retención en la Fuente a título de RENTAS	1.242.480,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	8... ..en la Fuente a título de ICT	1.893.956,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 178.000	\$ 178.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 227.800	\$ 227.800	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	\$ 7.500	\$ 7.500	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$		Reteica - 8299 - BOGOTÁ	18.296,00	0,966%
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	\$ 229.976		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 32.784.341	\$ 414.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 2.235.000		Descuentos de embargo (Si tiene	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$		VALOR A PAGAR	\$ 2.281.460,00	

**SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Para este mes las actividades incluyeron la planificación y programación de los cursos de Emprendimiento Digital con el grupo de campesinos en la vereda Vegas, el curso de Emprendimiento de Unidades Productivas en el colegio Erasmo Valencia vereda Vegas grado décimo, en el colegio Juan de la Cruz Varela grado decimo, once 1 y once 2, de forma directa y asincrónica. Se adoptaron los contenidos para asegurar su pertinencia y se recopilaron las evidencias de cada jornada.  
La fase de planeación implicó la elaboración y adaptación de guías de aprendizaje para cada curso, diseñadas para ser aplicadas de forma clara, sencilla y creativa de modo que los temas a tratar sean aprendibles y aplicables a cada situación y a los aprendices de cada grupo asignado, alineados con los conocimientos específicos para cada programa formativo, asegurando su relevancia para el contexto local de los participantes

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 suministrada es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí

ALEXANDRA DAVILA AVENDANO  
EL CONTRATISTA

**CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, AUTORIZO:  
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,

LUIS CARLOS GONZALEZ ARENAS  
INSTRUCTOR G20

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  
LINA SAMARIS SILVA BELTRAN  
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)





## FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 28 de Febrero 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:

<b>RC</b>	<b>1146135474</b>	<b>Mariana Rodríguez Dávila</b>	<b>Hijo(a)</b>
-----------	-------------------	---------------------------------	----------------

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,

---

ALEXANDRA DAVILA AVENDAÑO  
C.C. 52303112

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

6701

**NUIP** 1146135474

**REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO** Indicativo Serial

55739577

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

Registraduría  Notaría  Número 74 Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código D V D

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

\*\*\* COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA \*\*\*\*\*

**Datos del inscrito**

Primer Apellido: RODRIGUEZ  
Segundo Apellido: DAVILA  
Nombre(s): MARIANA

Fecha de nacimiento: Año 2015 Mes JUL Día 22 Sexo (en letras): FEMENINO Grupo sanguíneo: O Factor RH: POSITIVO

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

**Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos**: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO  
**Número certificado de nacido vivo**: 53142836-3

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: DAVILA AVENDAÑO ALEXANDRA  
Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 52303112 DE BOGOTA D.C.  
Nacionalidad: COLOMBIANA

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: RODRIGUEZ DUARTE GERMAN OSWALDO  
Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 79481056 DE BOGOTA D.C.  
Nacionalidad: COLOMBIANA

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: RODRIGUEZ DUARTE GERMAN OSWALDO  
Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 79481056 DE BOGOTA D.C.  
Firma: [Firma manuscrita]

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos: \*\*\*\*\*  
Documento de identificación (Clase y número): \*\*\*\*\*  
Firma: [Firma manuscrita]

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos: \*\*\*\*\*  
Documento de identificación (Clase y número): \*\*\*\*\*  
Firma: [Firma manuscrita]

**Fecha de inscripción**: Año 2015 Mes AGO Día 05

**Nombre y firma del funcionario que autoriza**: NATALIA PERRY I. [Firma manuscrita]



- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -