

SENA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FÓRMATO 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 NACIONAL DE HOTELERÍA, TURISMO Y ALIMENTOS- BTÁ D.C.
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional
Código Centro
Fecha Elaboración
Versión
ID de Proceso

11
940610
Agosto de 2025
ENERO - 2.25
18178-244275

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CHERYL YELITZA ZABALA CORREA	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.030.545.497	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	cyzabala@sena.edu.co	Número de Cuenta:	37215749828
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: TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			Ninguno 0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7902498/2025	Nº Compromiso SIIF	37725	Número de pagos durante la vigencia del contrato	8
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: CPE: 11-9-2025-042051/ PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ABOGADO PARA APOYAR LA GESTIÓN CONTRACTUAL DEL CNHTA DE LA VIGENCIA 2025 EN LO RELACIONADO AL PROYECTO PAN MASA MADRE Y DEMÁS PROYECTOS DEL CENTRO DE FORMACIÓN.				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/08/2025	Hasta	31/08/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 30.900.000
Número de pago	4			Valor Total del Contrato:	\$ 44.908.000
Valor Bruto Pago:	\$ 6.180.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 24.720.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 6.180.000	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	\$ 6.180.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 3.633.400	TOTAL REFEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Agosto	Julio			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-	1073650092	Base retención en la fuente a título de RENTA	3.633.400,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 2.472.000	\$ 2.472.000	Base retención en la fuente a título de ICA	5.475.400,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 309.000	\$ 309.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 395.600	\$ 395.600	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 I	\$ 13.000	\$ 13.000	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Reteica - 8299 - BOGOTÁ	52.892,00	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	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0%
Dependientes hasta	\$ 618.000		Otras Retenciones	0,00	0%
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0%
Renta Exenta 25%	\$26.227.473	\$ 1.211.000	Otras Retenciones	0,00	0%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 2.689.000		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		VALOR A PAGAR	\$6.127.108,00	

SON: SEIS MILLONES CIENTO VEINTISIETE MIL CIENTO OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Publicación procesos en SECOP II: SASI-RDC-CNHTA-0060-2025 - SAMC-RDC-CNHTA-0057-2025

- Proyección y revisión de documentos previos.
- Proyección de respuesta a observaciones.

Revisión documentos previos: •Documentos Previos – Divulgación y Publicación Proyecto Pan Masa.

- Documentos Previos 10 extensionistas.
- Documentos Previos – Impresos Proyecto Pan Masa.
- Evaluación Jurídica dentro de proceso: 1.MC-RDC-CNHTA-0061-2025. 2.MC-RDC-CNHTA-0049-2025. 3.MC-RDC-CNHTA-0058-2025.

4.MC-RDC-CNHTA-0068-2025. 5.SAMC-RDC-CNHTA-0057-2025

Se han atendido los requerimientos relacionados con el objeto contractual y asistido a reuniones convocadas de manera presencial y virtual.

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICHO, 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

CHERYL YELITZA ZABALA CORREA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

REINEL ENRIQUE MURILLO PINTO
PROFESIONAL G03

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
CARLOS ARTURO GAMBA CASTILLO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)



Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-07-25, 11:40:15 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	julio de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	julio de 2025
Empresa	CHERYL YELITZA ZABALA CORREA
CEDULA CIUDADANIA	CC 1030545497
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1073650092
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1652599934
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	\$ 717.600
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 395.600	\$ 0
N900156264	EPS037	NUEVA EPS	1	\$ 309.000	\$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	\$ 13.000	\$ 0
SubTotales:				\$ 717.600	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 717.600



PAGADA 2025-07-25 11:43:33.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CHERYL YELITZA ZABALA CORREA				
Documento	CC 1030545497		Dirección	CR 9 #7 B - 54	
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE		Teléfono	3016870834	
Tipo Persona	NATURAL		Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados1
Ciudad	FACATATIVA		Departamento	CUNDINAMARCA	
Representante Legal			Identificación		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1030545497		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					ZABALA CORREA CHERYL YELITZA	25269000 - 25		CUNDINAMARCA

III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades															Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud					Riesgos				Caja				Parafiscales																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
															0	30	30	30	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A.	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 395.600	\$ 0	\$ 0	\$ 309.000	\$ 13.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	



PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de brindar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá DC, 13 de agosto 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.	1222206630	Martín Sosa Zabala	HIJO
-------------	-------------------	---------------------------	-------------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

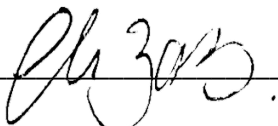
- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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,



FIRMA

Nombre: Cheryl Yelitza Zabala Correa

C.C. 1.030.545.497 de Bogotá DC



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

Adhesivo Cédula
Registro Civil
18830541-9

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO Indica Serial **54194218**

NUIP **1 222 206 630**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código **A B V**

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

REGISTRADURÍA DE CHAPINERO CL CAFAM COLOMBIA CUNDINAMARCA BOG

Datos del inscrito

Primer Apellido **SOSA** Segundo Apellido **ZABALA** Nombres(s) **MARTIN**

Fecha de nacimiento Año **2014** Mes **FEB** Día **06** Sexo (en letras) **MASCULINO** Grupo sanguíneo **O** Factor RH **POSITIVO**

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos **Número certificado de nacido vivo**

CERTIFICADO MÉDICO O DE NACIDO VIVO **12617353 -7**

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos **ZABALA CORREA CHERYL YELITZA**

Documento de Identificación (Clase y número) **CC 1.030.545.497** Nacionalidad **COLOMBIA**

Datos del padre

Apellidos y nombres completos **SOSA RUEDA CAMILO ALEJANDRO**

Documento de Identificación (Clase y número) **CC 1.014.190.244** Nacionalidad **COLOMBIA**

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos **SOSA RUEDA CAMILO ALEJANDRO**

Documento de Identificación (Clase y número) **CC 1.014.190.244** Firma

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 **Nombre y firma del funcionario que autoriza**

Año **2014** Mes **FEB** Día **06** **BRENDA JIMENA CASTRO PENA - REGIS**

Reconocimiento paterno **Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento**

Firma

ESPACIO PARA NOTAS

06.FEB.2014 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 82 FOLIO 0171.

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

ESTE REGISTRO ES FOTOCOPIA AUTÉNTICA DEL ORIGINAL EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA OFICINA.

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Fecha de Expedición **20 JUN. 2016**

ERIKA MARTINEZ DE LA CRUZ
Registradora Auxiliar de Chapinero

4

