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 ATLÁNTICO

DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO

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

Código Regional	**8**
Código Centro	**101008**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**39589-246287**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	FABIAN DE JESUS HERNANDEZ SILVERA	**Banco a consignar:**	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	72.020.730	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	fjhernandez@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	310068440
IP/Nº de contacto:	0	**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**	SI

¿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	SI
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:	7379106/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**13925**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONAÑES: PROFESIONALES PARA BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO A LOS USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO EMPRESARIAL DEL SENA Y A LA GESTIÓN DE PROYECTOS ESPECIALES DE EMPRENDIMIENTO, RADICADO 08-9-2025-002648...PZO 17/12/2025

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/08/2025 Al 31/08/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 22.308.167
Número de pago	**7**	**Valor Total del Contrato:**	$ 51.292.500
Valor Bruto Pago:	**$ 4.885.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 17.423.167

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.885.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 306.065	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.191.065**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.078.758**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9489370777**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.954.000	$ 1.954.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 244.300	$ 244.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 312.700	$ 312.700
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 10.200	$ 10.200
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		$ 519.107	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 1.026.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 6.273.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.078.758,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	5.191.065,00	
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 - BARRANQUILLA	60.216,00	1,160%
-	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	**$4.824.784,00**	

SON: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS VEINTICUATRO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

JORNADA DE ORIENTACION SERVICIOS DE FONDO EMOPRENDER A POBLACION ETNICA

DESARROLLO DE ENTRENAMIENTO RETO 2 RUTA DE ATENCION

FORMULACION DE 5 PLANES DE NEGOCIO PARA LA CONVOCATORIA DE ECONOMIA POPULAR

FORMULACION DE 5 PLANES DE NEGOCIO PARA LA CONVOCATORIA DE FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL

ENTRENAMIENTO A EMPRESARIOS

ASESORIA Y ORIENTACION A EMPRENDEDORES CAMPESINOS Y JOVENES

ASESORIA Y OREINTACION A EMPRESAS OFF

REUNION DE EQUIPO REGIONAL PARA SEGUIMIENTO A INDICADORES

REUNION EQUIPO NACIONAL PARA SEGUIMIENTO

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

FABIAN DE JESUS HERNANDEZ SILVERA
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,

HERNAN ALBERTO BERDEJO MARTINEZ
PROFESIONAL G02

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
JACQUELINE ROJAS SOLANO
DIRECTOR REGIONAL A G08

22/08/25 14:37:04 USUARIO: SIC - C.C. 72020730

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72020730		HERNANDEZ SILVERA FABIAN DE JESUS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 24 N 12 22 BARANOA	BARANOA-ATLANTICO	8788118	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1000000445	9489370777	I	2025/08/11	2025/08/13	BANCO DE BOGOTA	2	$578,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,954,000	$312,700			$1,954,000	$244,300			$0	$0			$1,954,000	$20,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,954,000	$312,700			$1,954,000	$244,300			$0	$0			$1,954,000	$20,400		$0	$0
Ciudad: BARANOA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$1,954,000	$312,700			$1,954,000	$244,300			$0	$0			$1,954,000	$20,400		$0	$0
1	CC	72020730	HERNANDEZ FABIAN	231001	30	$1,954,000	$312,700	EPS002	30	$1,954,000	$244,300		0	$0	$0	14-23	30	$1,954,000	$20,400	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,954,000	$312,700			$1,954,000	$244,300			$0	$0			$1,954,000	$20,400		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72020730		HERNANDEZ SILVERA FABIAN DE JESUS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 24 N 12 22 BARANOA	BARANOA-ATLANTICO	8788118	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1000000445	9489370777	I	2025/08/11	2025/08/13	BANCO DE BOGOTA	2	$578,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$312,700	$400	$0	$313,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$312,700	$400	$0	$313,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,400	$100	$0	$20,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$20,400	$100	$0	$20,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$244,300	$400	$0	$244,700
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$244,300	$400	$0	$244,700
TOTAL				**1**	**$577,400**	**$900**	**$0**	**$578,300**

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA Barranquilla, julio 30 de 2025

PRESENTADO A: Jacqueline Rojas Solano – directora regional Atlántico

ORDEN DE VIAJE No:	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
29125	**18-07-2025** **21-07-2025**	**18-07-2025** **21-07-2025**
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO Sabanalarga	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA: (ciudad)**
	Atlántico	

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO:
4ta visita de interventoría 70907 MAITA ARTESANIAS y 87480 ANA RAMOS DESIGN

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Se realiza reunión en el lugar de operaciones juntamente con la interventoría, para realizar la verificación del cumplimiento de las actividades pactadas en el plan operativo y levantamiento de evidencias como insumo para informe de condonación.

RESULTADOS:

Se realiza acompañamiento a la 4ta y última visita de interventoría, verificando el cumplimiento de actividades y la ejecución satisfactoria del plan de negocios.

EVIDENCIAS O SOPORTES: **Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe**

Dia 1: 18-07-2025: 70907 MAITA ARTESANIAS



Dia 1: 21-07-2025: 87480 ANA RAMOS DESIGN



COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
1. Visita al municipio de Luruaco	Fabian de Jesús Hernandez Silvera	Julio 2025

CONCLUSIÓNES:

1. Se evidencia el cumplimiento de los indicadores de condonación del plan de negocio.

DATOS DEL CONTRATISTA	
NOMBRE Y APELLIDO	**FIRMA**
Fabian de Jesús Hernandez Silvera	

VISTO BUENO SUPERVISOR		
CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
Coordinador APE	**Hernan Berdejo Martínez**	