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 CÓRDOBA

CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO DE CÓRDOBA-CÓRDOBA

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

Código Regional	**23**
Código Centro	**952310**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**09023-201603**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARIA BERNARDA VILORIA DIAZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	34.982.868	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	maber222@hotmail.com	**Número de Cuenta:**	16600016338
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	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?	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?	SI
Concepto del pago corresponde a:	Servicios en general a persona declarante de renta
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	4,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7547094/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**34125**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL MARCO DEL PROGRAMA OFERTA REGULAR, TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y VIRTUAL EN EL CENTRO DE COMERCIO INDUSTRI

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/09/2025 Al 30/09/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 18.398.044
Número de pago	**7**	**Valor Total del Contrato:**	$ 45.995.110
Valor Bruto Pago:	**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 13.798.533

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.865.135	Servicios en general a persona declarante de renta	4,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 154.605
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.865.135**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.458.221**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 154.605**

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

		Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**4622386212**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.546.054	$ 1.546.054
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 193.300	$ 193.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 0	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 8.100	$ 8.100
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		$ 386.514	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 32.784.341	$ 819.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 5.070.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.865.135,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.671.835,00	
Valor base IVA	3.865.135,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	734.376,00	19%
Menos Retención en la Fuente	154.605,40	4,00%
Menos Retencion IVA	110.156,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,200%
-	0,00	0,200%
-	0,00	0,200%
-	0,00	0,200%
-	0,00	0,200%
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	**$4.334.750,00**	

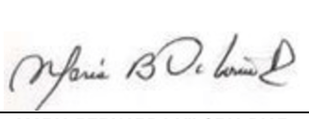
SON: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL MARCO DEL PROGRAMA OFERTA REGULAR, TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y VIRTUAL EN EL

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 BERNARDA VILORIA DIAZ
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,

LEOVI FERNANDO HOYOS MILLAN
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
JORGE ENRIQUE HERNÁNDEZ GUERRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

17/09/25 21:59:25 USUARIO: SIC - C.C. 34982868

Factura Electrónica de Venta FEV - 751

Representación Gráfica
Habilitación Numeración de Facturación Electrónica
No. 18764091888423 de 11/04/2025 - 11/10/2025 autoriza FEV-746 a FEV-800

No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	16/09/2025 22:38
Fecha de Vencimiento	16/09/2025 22:38
Fecha de Validación	16/09/2025 22:38
Forma de Pago	Contado
Medio de Pago	Consignación bancaria
Moneda	COP

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	MARIA BERNARDA VILORIA DIAZ
Nombre Comercial	RECREVENTOS
CC	34982868
Obligación	IVA
Email	maber222@hotmail.com
Teléfono	7 8 9 1 8 7 8
Dirección Fiscal	CR 11 B 54 76 BRR LA CASTELLANA, MONTERIA, (CORDOBA, CO)

DATOS DEL CLIENTE

Razón Social	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJA REGIONAL CORDOBA
Nombre Comercial	
NIT	899999034
Obligación	NO APLICA
Email	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co;lzapatagi@sena.edu.co
Teléfono	6045461500
Dirección	CALLE 24 Y 27 CON AVENIDA CIRCUNVALAR
Ciudad, Depart.	MONTERIA, CORDOBA (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	001	PRESTACIÓN DE SERVICIO PERSONAL COMO INSTRUCTOR SENA CONTRATO NO CO1.PCCN TR7547094. MES DE SEPTIEMBRE 2025	1	EA	$3,865,135.00	IVA 19%	$3,865,135.00	$4,599,511.00

1

Subtotal	$3,865,135.00
IVA 19%	$734,376.00
Total a Pagar	$4,599,511.00

#$36-02-00-023-952310;CO1-PCCNTR.7547094;lehoyos@sena.edu.co#$

Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE

CUFE: 95fec3cd83455a3db38e5d1285ce52d727291cede407981e8464d1b7f68eafd357e60fc57aac46d1695780aa4ed833f3



EFECTIVO LIDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

OS: 9605848580 DV: 008234
liente: 110263 PILA RECAUDO
cha: 17/09/2025 14:41:20
P: 912114
entificacion: 34982868
nbre: MARIA
ellido 1: BERNARDA
ellido 2: VILORIA
O DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
EFONO: 0000000000
igo Planilla: 4622386212
iodo Pago: 2025/08
or Comision: 0
or Iva Comision: 0
erencia: 34982868 Valor: $251.300,00

ica condiciones particulares con el
cliente beneficiario
onserve este recibo, es el unico
orte valido para atender cualquier
reclamacion

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	34982868
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA BERNARDA VILORIA DIAZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CLL 17 # 7A 63	TELÉFONO:	7830670
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:	**4622386212**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto AÑO 2025			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	2				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/09/17			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9994047994

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	$ 300	$ 0	$ 230.000	$ 300	$ 0	$ 230.300
SUBTOTALES:													**$ 230.000**	**$ 300**	**$ 0**	**$ 230.300**

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**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF16	CCF16-COMFACOR	1	$ 11.100	$ 100	$ 11.200
SUBTOTALES:			**$ 11.100**	**$ 100**	**$ 11.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD					ARP														
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	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS 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 TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 34982868	VILORIA DIAZ MARIA BERNARDA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	REQ CUMP PENS	$ 1.839.850				NO																			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.839.850	$ 230.000	$ 0	$ 230.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.839.850	34982868	$ 9.700	30	$ 1.839.850	CCF16-COMFACOR	$ 11.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 251.300

LA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.

INFORMA:

Que en esta Sociedad Administradora se le realizó Devolución de Saldos por SOLICITUD POR DEVOLUCIÓN DE SALDOS VEJEZ NORMAL al(a) Señor(a) MARIA BERNARDA VILORIA DIAZ, identificado(a) con Documento No. 34,982,868, por las siguientes sumas:

Fecha	Descripción	Valor
Ene.22/21	DEVOLUCION_SALDOS	$22,368,241.00

Así las cosas el(la) Señor(a) MARIA BERNARDA VILORIA DIAZ, no se encuentra pensionado(a) por Vejez, Invalidez o Sobrevivencia en esta Sociedad Administradora.

Se expide la presente certificación a solicitud del(a) interesado(a), a los 16 días del mes de septiembre de 2025.

Cordialmente,



Gerente de Clientes