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 SANTANDER

CENTRO DE ATENCION SECTOR AGROPECUARIO-SANTANDER

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**912210**
Fecha Elaboración	**17 Setiembre de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**94465-544661**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LICETH ALEXANDRA GONZALEZ PABON	**Banco a consignar:**	BANCO SUDAMERIS COLOMB
Cédula de Ciudadanía	37.746.554	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	lagonzalez455@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	94010008800
IP/Nº 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
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7586540/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**31725**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACION TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL DE ACUERDO CON LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS Y NECESIDADES DE LA CASA SENA REGIONAL SANTANDER REGULAR PL 9 MESES VR MES $4.599.510

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/09/2025 Al 30/09/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 13.951.847
Número de pago	**7**	**Valor Total del Contrato:**	$ 41.395.590
Valor Bruto Pago:	**$ 4.599.510,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 9.352.337

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.510	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	**$ 4.599.510**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.696.859**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9490934199**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 1.839.804
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 230.000	$ 230.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 294.400	$ 294.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 19.300	$ 19.300
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		$ 459.951	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 32.784.341	$ 899.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 5.364.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.696.859,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.599.510,00	
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 - 8530 - PIEDECUESTA	13.799,00	0,300%
-	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	**$4.585.711,00**	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS ONCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar formación a aprendices según su perfil, de acuerdo con la guía de procedimiento

Impartir formación profesional integral en las modalidades presencial, virtual y a distancia

Aplicar en la resolución de problemas reales del sector productivo, los conocimientos, habilidades y destrezas pertinentes

Evaluar de manera continua y conjunta (aprendiz e instructor) los resultados de aprendizaje de acuerdo con los criterios de evaluación

Reportar en el sistema SOFIA PLUS en los plazos establecidos por la entidad, todas las actividades de acuerdo con los procesos

Realizar la valoración de resultados de aprendizaje impartidos en el aplicativo SOFIA PLUS

Aplicar el debido proceso para reporte de novedades académicas o disciplinarias

Dar cumplimiento estricto a las normas que regulan la Formación Profesional Integral

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

LICETH A. GONZALEZ

LICETH ALEXANDRA GONZALEZ PABON
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,

JOSÉ WILSON CARRERO MALDONADO
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
JAIRO ORLANDO RAMIREZ MONTERO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Piedecuesta, 17 de septiembre 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:

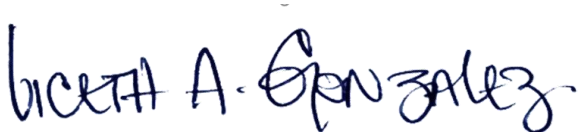
T.I.	**1.097.919.077**	**Leiah Solano González**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

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: Liceth Alexandra González Pabón
C.C. 37.746.554 de Bucaramanga.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1097919077

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55680180

55680180

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** Q 7 T

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SOLANO **********	GONZALEZ **********

Nombre(s)
LEIAH **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes ABR Día 13	Femenino	O	Negativo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	N0. 13401530-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
GONZALEZ PABON LICETH ALEXANDRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.37.746.554	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
SOLANO DE LA VEGA DERLY FOSTING

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 17.959.546	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
SOLANO DE LA VEGA DERLY FOSTING

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 17.959.546	Derly Fosting Solano

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2016 Mes ABR Día 15	MANUEL DE JESÚS RODRÍGUEZ ANGARITA Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

IMPRESO POR FANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 8... TEL. 02 219

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



PRIMERA VEZ TI
1.097.919.077

APELLIDOS / NOMBRES
SOLANO GONZALEZ
LEIAH

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
13-ABR-2016
FLORIDABLANCA - SANTANDER

FECHA DE EXPEDICIÓN
02-SEP-2024

SEXO
FEMENINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
FLORIDABLANCA - FLORIDABLANCA

OFICINA DE ENTREGA
FLORIDABLANCA - FLORIDABLANCA

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 02-MAR-2025

8512760236
02-SEP-2024

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 37746554		GONZALEZ PABON LICETH ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 199 B # 38A-65	BUCARAMANGA-SANTANDER	3175231715	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1740140707	9490934199	I	2025/10/14	2025/09/01	BANCO GNB SUDAMERIS	0	$545,200

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)					$1,845,000	$295,200			$1,845,000	$230,700			$0	$0			$1,845,000	$19,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,845,000	$295,200			$1,845,000	$230,700			$0	$0			$1,845,000	$19,300		$0	$0
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					$1,845,000	$295,200			$1,845,000	$230,700			$0	$0			$1,845,000	$19,300		$0	$0
1	CC	37746554	GONZALEZ LICETH	25-14	30	$1,845,000	$295,200	EPS010	30	$1,845,000	$230,700		0	$0	$0	14-23	30	$1,845,000	$19,300	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,845,000	$295,200			$1,845,000	$230,700			$0	$0			$1,845,000	$19,300		$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 37746554		GONZALEZ PABON LICETH ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 199 B # 38A-65	BUCARAMANGA-SANTANDER	3175231715	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1740140707	9490934199	I	2025/10/14	2025/09/01	BANCO GNB SUDAMERIS	0	$545,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$295,200	$0	$0	$295,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$295,200	$0	$0	$295,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,300	$0	$0	$19,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$19,300	$0	$0	$19,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,700	$0	$0	$230,700
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$230,700	$0	$0	$230,700
TOTAL				**1**	**$545,200**	**$0**	**$0**	**$545,200**