



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 HUILA

CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS-HUILA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

Código Regional	41
Código Centro	952710
Fecha Elaboración	Julio de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	07305-216827

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	BRYGID MARCELA CORTES CRUZ	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	53.124.295	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	bmcortesc@sena.edu.co	Número de Cuenta:	45574804195
IP/Nº de contacto:	83234	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?			
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000			
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)			
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?			
Concepto del pago corresponde a:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

**DATOS DEL CONTRATO**

Nº del contrato:	7391419/2025	Nº Compromiso SIIF	18725	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b> (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR:41_9527_148 PSP PARA APOYAR LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL CIES DEL SENA REGIONAL HUILA EN LA ESPECIALIDAD: INTERACTUAR CON CLIENTES DE ACUERDO CON SUS NECESIDADES Y CON LAS POLÍTICAS Y ESTRATEGIA DE S			

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/07/2025	Al	31/07/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 26.523.846
Número de pago	6			Valor Total del Contrato:	\$ 48.141.548
Valor Bruto Pago:	\$ 4.599.511,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 21.924.335
<b>RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>					
Ingresos por honorarios	\$ 4.599.511			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>\$ 4.599.511</b>			Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.704.460</b>			<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Julio	Junio			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	<b>7975383460</b>	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.704.460,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.839.804	\$ 1.839.804	Base retención en la fuente a título de ICA	4.599.511,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 230.000	\$ 230.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 294.400	\$ 294.400	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	\$ 9.700	\$ 9.700	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Reteica - 8299	0,00	0,350%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,350%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,350%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,350%
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	\$ 459.951	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 36.062.775	\$ 901.000	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 4.225.000	\$ -	<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$ 4.599.511,00</b>	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -			

**SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS ONCE PESOS M/CTE**

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

- Durante el mes de julio según contrato No. COL.PCCNTR.7391419 realicé las siguientes actividades:
1. Orienté asesoré y acompañé de forma permanente el desarrollo de las actividades establecidas en las guías de aprendizaje.
  2. Vigilé y salvaguardé los bienes que son parte del patrimonio del SENA y que están a disposición de la formación profesional.
  3. Revisé y gestioné las solicitudes de etapa productiva y certificación de los aprendices en el aplicativo de Autogestión CIES.
  4. Validé novedades académicas y disciplinarias de los aprendices conforme al reglamento del Aprendiz en las fichas que se presentaron.
  5. Ejecuté el objeto contractual sobre una programación de ciento sesenta (160) horas/mes fichas No. 2996196 Multimedia y 2996195 RV.
  6. Presenté el informe de Gestión Contractual conforme a lo solicitado por la entidad.
  7. Organicé y coordiné la creación de los EDT instructores que se llevaron a cabo en al semana de confraternidad calendario académico.
  8. Coordiné y orienté la inducción y re-inducción de etapa productiva a las fichas objetivo del trimestre 2 - 2025.

**PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:**

1. Cumplo 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

*Brygid Marcela Cortes Cruz*

**BRYGID MARCELA CORTES CRUZ  
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 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.

FI Supervisor  
Firmado digitalmente por  
Norberto Hernandez Barrero  
Fecha: 2025.07.22 17:20:57  
-05'00"

*Norberto Hernandez Barrero*

**NORBERTO HERNANDEZ BARRERO  
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  
OMAR JHON RAMÍREZ GRILLO  
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

## PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	53124295	NÚMERO PLANILLA:	<b>7975383460</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	NEIVA	DEPARTAMENTO:	HUILA	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALLE 25 # 5 A 23	TELÉFONO:	8713315	DÍAS DE MORA:	0		
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/07/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1634662707
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO						
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO	
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 325.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 325.500	\$ 0	\$ 0	\$ 325.500
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 325.500</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 325.500</b>


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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 254.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 254.300	\$ 0	\$ 0	\$ 254.300
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 254.300</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 254.300</b>	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		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	\$ 0	\$ 10.700	\$ 10.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 10.700	
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 10.700</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 10.700</b>

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																						
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL										PARAFISCALES																								
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN					SALUD					ARP					PARAFISCALES													
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	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	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 53124295	CORTES CRUZ BRYGID MARCELA	INDEPENDIENTE	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$ 2.033.900				NO																	230301-PORVENIR	30	2.033.900	\$ 325.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 325.500	EPS005-SANITAS S.A.	30	2.033.900	\$ 254.300	\$ 0	\$ 254.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	2.033.900	\$ 153124295	\$ 10.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

**TOTAL PAGADO: \$ 590.500**



PSE - Transacción Aprobada  CUS 1634662707

Desde serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>

Fecha Jue 17/07/2025 8:03 AM

Para brymarce12@hotmail.com <brymarce12@hotmail.com>



¡Hola, Brygid Marcela Cortés Cruz!

Estado de la Transacción: Aprobada 

Los siguientes son los datos de tu transacción:

**Valor:** \$ 590.500

**Empresa:** SOI ACH

**Descripción:** Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafiscales






**Fecha de la transacción:** 17/07/2025

**CUS:** 1634662707

Gracias por utilizar nuestro servicio.



**Ten encuenta estos tips de seguridad:**

-  Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
-  No abras enlaces sospechosos.
-  Cambia tus contraseñas con regularidad.
-  Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
-  Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.



Para mayor información comunícate con nosotros:



En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5



Contáctanos: <https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda>

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA  
ACH COLOMBIA S.A.



Un servicio de



ACH Colombia Oficial



@ACHColombia\_



ACHColombiaOficial



ACH Colombia Oficial

**\*AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:**

La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección <https://www.pse.com.co/web/quest/persona-centro-de-ayuda> en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias.\*

Comprobante radicado No. 7-2025-064819 Certificado de Dependientes febrero 2025.

Contratista: Brygid Marcela Cortés Cruz

C.C. : 53124295



DOMINGO, 16 DE  
FEBRERO 2025

brymarce12@hotmail.com

Cerrar sesión




MINISTERIO DEL TRABAJO

Ciudadano

### PQRS Radicada

Su PQRS fue radicada en la Entidad a las 04:26:03 del día 16/02/25 con el Número **7-2025-064819**  
Le informamos que con ese número usted podrá hacer seguimiento según lo establecido en la Ley 1755 de 2015, su PETICION -DE DOCUMENTACION tiene un tiempo máximo de respuesta de 15 / 0 días siguientes a su recepción.

 REGRESAR AL INICIO

Buscar



ESP

11:29 p. m.  
15/02/2025

**Traslado PQRS SENA No.: 7-2025-064819**

Desde servicioalciudadano@sena.edu.co <servicioalciudadano@sena.edu.co>

Fecha Lun 17/02/2025 9:05 AM

Para BRYMARCE12@HOTMAIL.COM <BRYMARCE12@HOTMAIL.COM>

Apreciado Ciudadano(a)

BRYGID MARCELA CORTES CRUZ

BRYMARCE12@HOTMAIL.COM

Reciba un cordial saludo del Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

La entidad más querida por los Colombianos le da las gracias por sus aportes, ya que con ellos trabajamos día a día para ser así un SENA mucho más ágil, más dinámico y en donde sus servicios están orientados para el beneficio de la gente.

Nuestro compromiso, atender con oportunidad y eficiencia los requerimientos que nos presentan los Ciudadanos, por lo anterior le informamos que la Petición Externa (PQRS) que se relaciona a continuación, fue **TRASLADA** para ser atendida de acuerdo al contenido al área RESPONSABLE.

**DATOS PETICIÓN EXTERNA (PQRS):**

Asunto: PETICION

Número NIS (Número Interno Sena): 2025-01-073420

Número de Radicado: 7-2025-064819

Fecha de Radicación: 15/2/2025 23:31:12

**DATOS RESPONSABLE:**

\* FERMIN BELTRAN BARRAGAN

Cód. Dependencia: 419527

CENTRO DE LA INDUSTRIA LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS

**Recuerde:** Si requiere radicar nuevamente una Petición Externa (PQRS) "*Petición, Queja, Reclamo, Sugerencia, Felicitación u otro*" lo debe hacer a través de los canales oficiales de la entidad y en especial en el Canal Virtual en **www.sena.edu.co** en la opción Servicio al Ciudadano.

Atentamente,



**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE**

**Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA**

Lineas de atención:

- Ciudadano: Bogotá (1) 592 5555 – Línea gratuita nacional 01 8000 910270
- Empresario: Bogotá (1) 404 9494 - Línea gratuita nacional 01 8000 910682

**www.sena.edu.co**



**NOTA:** Este mensaje es una notificación automática, le solicitamos no responder este correo electrónico o presentar Peticiones Externas (PQRS) a través del mismo, toda vez que no se tendrán en cuenta.



## FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Neiva, 15 de febrero 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:

<b>T.I.</b>	<b>1031835042</b>	<b>David Libardo Bustos Cortés</b>	<b>HIJO</b>
-------------	-------------------	------------------------------------	-------------

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: Brygid Marcela Cortés Cruz

C.C. 53124295

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.031.835.042

BUSTOS CORTES

APELLIDOS

DAVID LIBARDO

NOMBRES

*David L. Bustos L.*

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

20-NOV-2013

**BOGOTA D.C**  
**(CUNDINAMARCA)**  
LUGAR DE NACIMIENTO

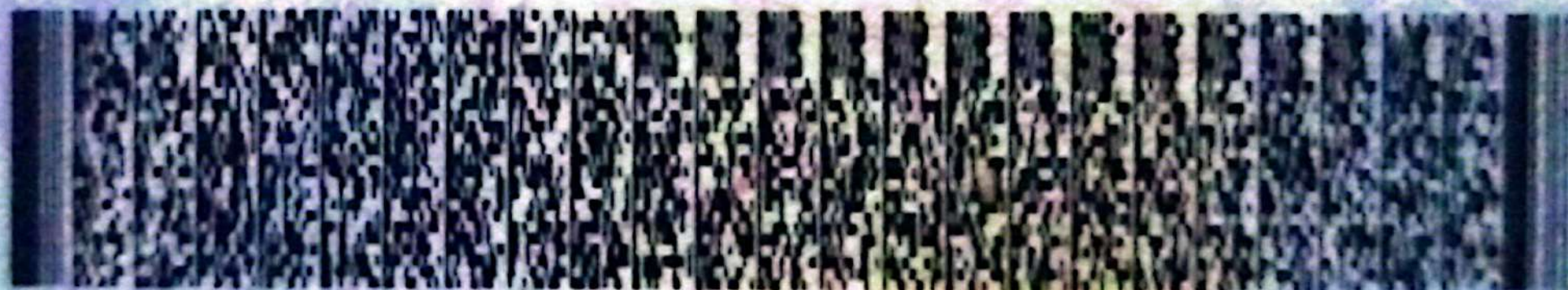
**20-NOV-2031**  
FECHA DE VENCIMIENTO

**O+** **M**  
G S RH SEXO

**11-JUN-2021 NEIVA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-1900150-01240110-M-1031835042-20210622

0074694181A 2

8502193399