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 SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURISTICOS - SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A LA

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**930910**
Fecha Elaboración	**22 Setiembre de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**37056-848495**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JENNY ROCIO MORENO GARCIA	**Banco a consignar:**	AV VILLAS
Cédula de Ciudadanía	1.098.616.058	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jrmorenog@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	314712253
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**	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:	7767521/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**42325**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PPRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN, PARA ORIENTAR FORMACIÓN TITULADA, COMPLEMENTARIA Y/O VIRTUAL SEGÚN LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CSET PL 240 DIAS, 600 HORAS VR HORA $39.710

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/09/2025**	**Al**	**30/09/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 7.544.900
Número de pago	**6**			**Valor Total del Contrato:**	$ 23.826.000
Valor Bruto Pago:			**$ 3.971.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 3.573.900

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.971.000	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	**$ 3.971.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.311.400**	**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		----------	**4622144332**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.588.400	$ 1.588.400
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 198.600	$ 198.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 254.200	$ 254.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	III	$ 38.700	$ 38.700
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		$ 397.100	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$22.949.039	$ 771.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.188.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.311.400,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.971.000,00	
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 - BUCARAMANGA.	28.591,00	0,720%
-	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%
Sobretasa Bomberil	2.859,00	10,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.939.550,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

rotación en el servicio de PEDIATRIA ESE ISABU ficha : 3066776 total de 100 horas.

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

JENNY ROCIO MORENO GARCIA
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,

DORIS JUDITH VARGAS VILLAMIL
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
NORMAN CARRILLO RAMIREZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

16/09/25 20:46:45 USUARIO: SIC - C.C. 1098616058

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1098616058
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JENNY ROCIO MORENO GARCIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CRR 41A 88 25	TELÉFONO:	6489782
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:			**4622144332**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	agosto	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			4				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/09/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9994040522

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	$ 254.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 700	$ 0	$ 254.200	$ 700	$ 254.900
SUBTOTALES:										**$ 254.200**	**$ 700**	**$ 254.900**

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
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 198.600	$ 0	$ 500	$ 0	$ 198.600	$ 500	$ 0	$ 199.100
SUBTOTALES:													**$ 198.600**	**$ 500**	**$ 0**	**$ 199.100**

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	$ 38.700	$ 38.700	$ 100	$ 0	$ 38.800
SUBTOTALES:									**$ 38.700**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 38.800**

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	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1098616058	MORENO GARCIA JENNY ROCIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.588.400			NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.588.400	$ 254.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 254.200	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.588.400	$ 198.600	$ 0	$ 198.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.588.400	109861605	$ 38.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 492.800

Planilla Pagada

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bucaramanga, 22 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:

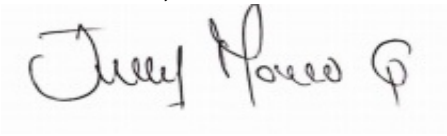
T.I.	**1097792400**	**JUAN DIEGO SANCHEZ MORENO**	**HIJO**
R.C.	**1097795419**	**JUAN MANUEL SANCHEZ MORENO**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

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

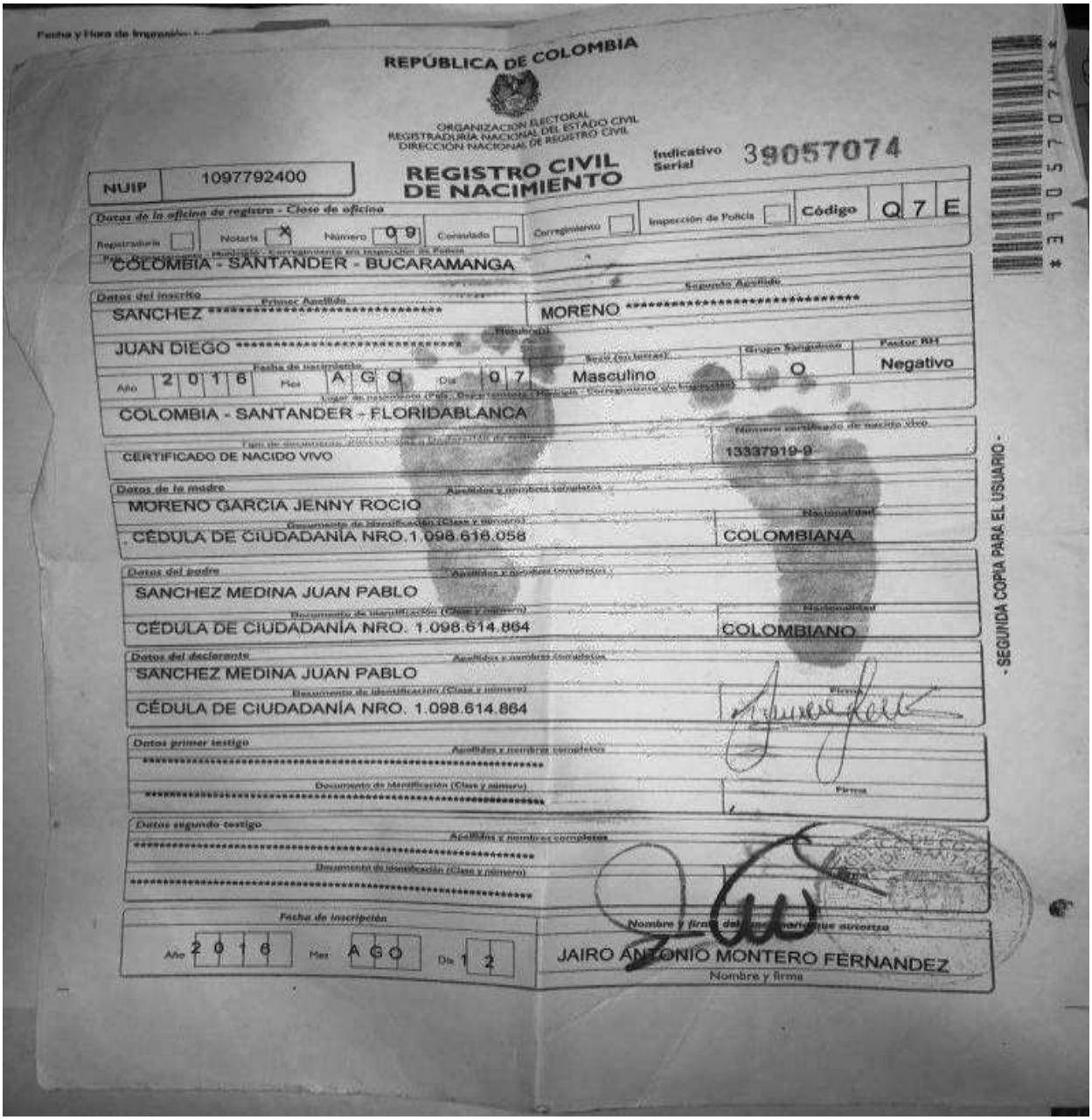
Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad 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: Jenny Rocio Moreno Garcia
C.C. 1.098.616.058 de Bucaramanga



REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39057074

NUIP 1097792400

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina
Registraduría [ ] Notaría [X] Número 09 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Q 7 E
País, Departamento, Municipio - Corregimiento en Inspección de Policía
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito
Primer Apellido: SANCHEZ ********** Segundo Apellido: MORENO **********
Nombre(s): JUAN DIEGO **********
Fecha de nacimiento: Año 2016 Mes AGO Día 07
Sexo (en letras): Masculino
Grupo Sanguíneo: O
Factor RH: Negativo
Lugar de nacimiento (País, Departamento / Intendencia / Comisaría - Corregimiento o Inspección - Municipio)
COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA
Tipo de documento antecedente o con el que se identifica el nacido vivo: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: 13337919-9

Datos de la madre
Apellidos y nombres completos: MORENO GARCIA JENNY ROCIO
Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.1.098.616.058
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre
Apellidos y nombres completos: SANCHEZ MEDINA JUAN PABLO
Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.098.614.864
Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos: SANCHEZ MEDINA JUAN PABLO
Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.098.614.864
Firma

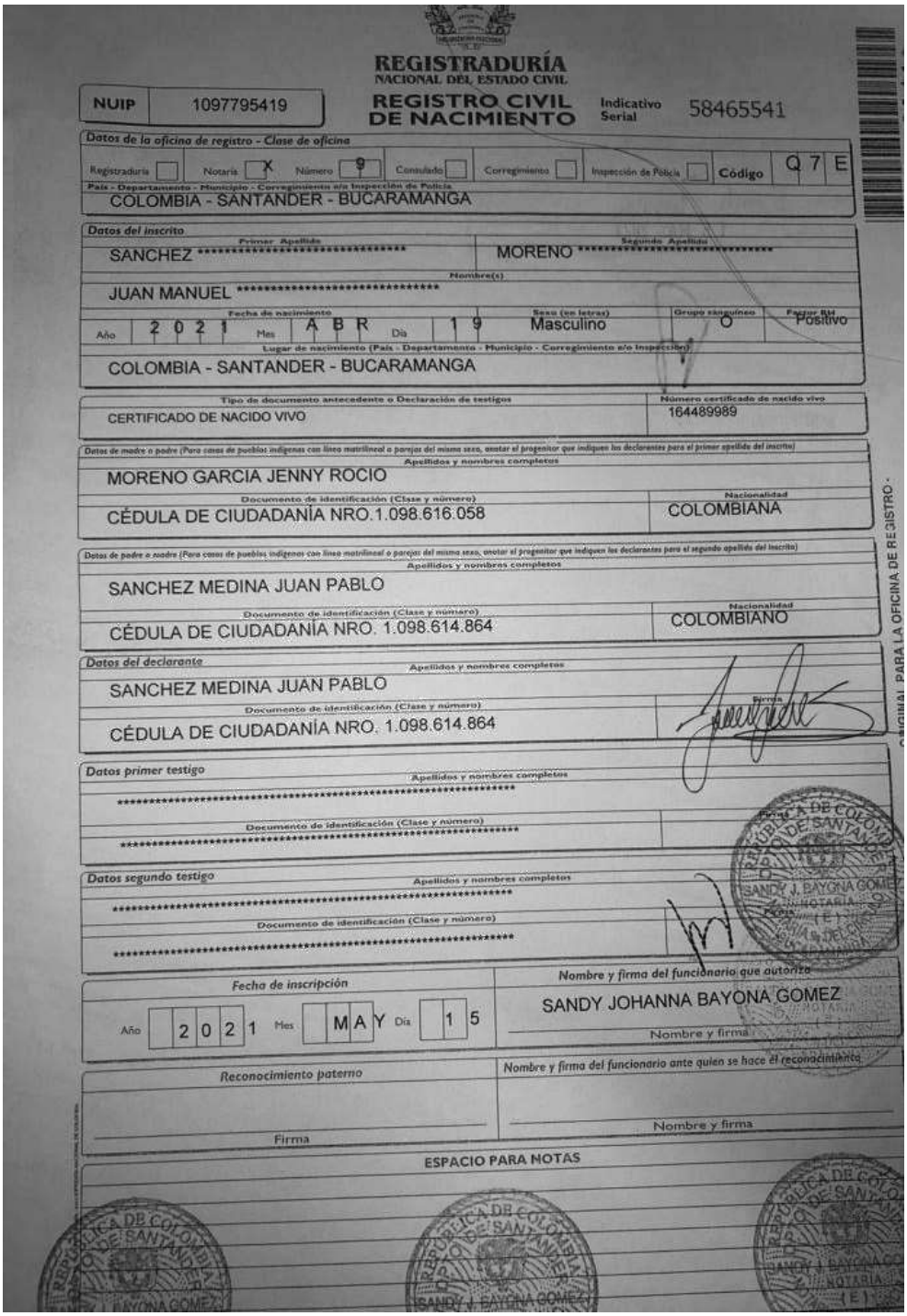
Datos primer testigo
Apellidos y nombres completos: **********
Documento de identificación (Clase y número): **********
Firma

Datos segundo testigo
Apellidos y nombres completos: **********
Documento de identificación (Clase y número): **********
Firma

Fecha de inscripción
Año 2016 Mes AGO Día 12

Nombre y firma del funcionario que autoriza
JAIRO ANTONIO MONTERO FERNANDEZ
Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1097795419

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58465541

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 9 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Q 7 E

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido: SANCHEZ **********

Segundo Apellido: MORENO **********

Nombre(s): JUAN MANUEL **********

Fecha de nacimiento: Año 2021 Mes ABR Día 19

Sexo (en letras): Masculino

Grupo sanguíneo: O

Factor RH: Positivo

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 164489989

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: MORENO GARCIA JENNY ROCIO

Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.1.098.616.058

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: SANCHEZ MEDINA JUAN PABLO

Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.098.614.864

Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: SANCHEZ MEDINA JUAN PABLO

Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.098.614.864

Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: **********

Documento de identificación (Clase y número): **********

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: **********

Documento de identificación (Clase y número): **********

Fecha de inscripción: Año 2021 Mes MAY Día 15

Nombre y firma del funcionario que autoriza: SANDY JOHANNA BAYONA GOMEZ

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



PRIMERA VEZ TI

1.097.792.400

APELLIDOS / NOMBRES

SANCHEZ MORENO
JUAN DIEGO

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

07-AGO-2016
FLORIDABLANCA - SANTANDER

FECHA DE EXPEDICIÓN

14-FEB-2024

SEXO

MASCULINO

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 14-AGO-2024

8510976437
14-FEB-2024