

 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		18 Setiembre de 2025		
			Versión		ENERO - 2.25		
			ID de Proceso		67568-114675		
DATOS DEL CONTRATISTA							
Nombres y apellidos:		MARIO ALBERTO URREGO HERNANDEZ		Banco a consignar:		BANCO CAJA SOCIAL	
Cédula de Ciudadanía		79.786.172		Tipo de cuenta:		AHORROS	
Correo electrónico:		maurrego@sena.edu.co		Número de Cuenta:		24103276726	
IP/N° 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						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							
N° del contrato:		7588066/2025	N° Compromiso SIIF		32925	Número de pagos durante la vigencia del contrato	10
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: SERVICIOS PERSONALES IMPARTIR FORMACION TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL DE ACUERDO CON LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS Y LAS NECESIDADES DEL CASA SENA REGIONAL SANTANDER ECONOMIA POPULAR 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		Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas		1,46%	
Ingresos por comisiones		\$ 3.594.903		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 74.550	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0					
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 8.194.413		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 5.123.272		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 74.550	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR							
		Setiembre	Agosto	Base retención en la fuente a titulo de RENTA		5.123.272,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	9491341899	Base retención en la fuente a titulo de ICA		8.194.413,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.839.804	\$ 1.839.804	Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 230.000	\$ 230.000	IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 294.400	\$ 294.400	Menos Retención en la Fuente		74.550,00	1,46%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA		0,00	15%
ARL II		\$ 19.300	\$ 19.300	Reteica - 8530 - PIEDECUESTA		24.583,00	0,300%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -				0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -				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		\$ 819.441		Otras Retenciones		0,00	0,000%
Salud hasta \$ 796.784		\$ -		Otras Retenciones		0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 32.784.341	\$ 1.708.000	Otras Retenciones		0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 7.775.000				0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$		Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
				VALOR A PAGAR		\$4.500.377,00	
SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL TRESCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS M/CTE							
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
IMPARTIR FORMACION FICHA 3190617 TECNICO EMPRENDIMIENTO Y FOMENTO EMPRESARIAL EN ZAPATOCA							
ASISTIR A CAPACITACION VIRTUAL PARA LA ESTRATEGIA FULL POPULAR							
ASISTIR A CAPACITACION VIRTUAL SOBRE MATERIALES DE FORMACION							
ASISTIR A CAPACITACION VIRTUAL SOBRE SST							
APOYAR EN EL RECIBIMIENTO DE MATERIALES DE FORMACION EN EL CASA							
ENTREGAR MATERIALES DE FORMACIÓN A LOS APRENDICES DE LA FICHA 3190617 EN ZAPATOCA							
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							
				MARIO ALBERTO URREGO HERNANDEZ 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. El Supervisor,			
				 EDWIN GEFERSON MONTAÑEZ GONZALEZ INSTRUCTOR			
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 CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

PIEDRECUESTA, 3 de Marzo del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
PIEDRECUESTA

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:

C.C.	1097495777	MARIA ALEJANDRA URREGO SANDOVAL	Hijo(a)
------	------------	---------------------------------	---------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,

MARIO ALBERTO URREGO HERNANDEZ
C.C. 79786172



ESTE REGISTRO CIVIL TIENE
VALIDEZ PERMANENTE

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

ARTÍCULO 21 LEY 962 DE 2005. COPIAS DE LOS REGISTROS
DEL ESTADO CIVIL... PARÁGRAFO. Las copias del registro civil
de nacimiento tendrán plena validez para todos los efectos...

Indicativo
Serial

40812011

NUIP	1097495777
------	------------

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina	
Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 08 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código Q6E	
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA	

Datos del inscrito	
Primer Apellido URREGO	Segundo Apellido SANDOVAL
Nombre(s) MARIA ALEJANDRA	
Fecha de nacimiento	Sexo (en letras) Grupo Sanguíneo Factor RH
Año 2007 Mes MAR Día 03	Femenino A Positivo
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA	

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos CERTIFICADO DE NACIDO VIVO CLINICA SALUDCOOP	Número certificado de nacido vivo A7053364
---	--

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos SANDOVAL NÚÑEZ LAURA PATRICIA	
Documento de identificación (Clase y número) CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 63.500.869	Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos URREGO HERNANDEZ MARIO ALBERTO	
Documento de identificación (Clase y número) CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 79.786.172	Nacionalidad COLOMBIANO

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos URREGO HERNANDEZ MARIO ALBERTO	
Documento de identificación (Clase y número) CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 79.786.172	Firma <i>Mario Urrego</i>

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 2007 Mes MAR Día 08	Nombre y firma del funcionario que autoriza DR. EDUARDO SUAREZ MOTTA 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 —

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79786172		URREGO HERNANDEZ MARIO ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 47 22 A 81 APT101	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6471257	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-09	2025-09	1746317447	9491341899	I	2025/10/17	2025/09/02	BANCO CAJA SOCIAL	\$580,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES																							
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	de	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF																					
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																																			
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																																			
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																																			
1	CC	79786172	URREGO MARIO																	25-14	30	EP5005	30	CCF22	30	14-23	30	1.044%	30		No																				
Total		Afiliados(1)																																																	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79786172		URREGO HERNANDEZ MARIO ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 47 22 A 81 APT101	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6471257	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-09	2025-09	1746317447	9491341899	I	2025/10/17	2025/09/02	BANCO CAJA SOCIAL	\$580,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$294,400	\$0	\$0	\$294,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$294,400	\$0	\$0	\$294,400
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
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$36,800	\$0	\$0	\$36,800
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	\$36,800	\$0	\$0	\$36,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$230,000	\$0	\$0	\$230,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$230,000	\$0	\$0	\$230,000
TOTAL				1	\$580,500	\$0	\$0	\$580,500