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

CERTIFICACIÓN COMPETENCIAS LABORALES

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

Código Regional	23
Código Centro	101023
Fecha Elaboración	Setiembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	77315-038894

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	AMANDA LUCIA DELBARRE LOZANO	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	35.144.217	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	adelbarre@sena.edu.co	Número de Cuenta:	56955429619
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:	8211923/2025	Nº Compromiso SIIF	46325	Número de pagos durante la vigencia del contrato	4

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	PRESTAR TEMPORALMENTE LOS SERVICIOS DE UN (01) PROFESIONAL PARA LA VERIFICACIÓN DE LOS PROYECTOS QUE LE SEAN ASIGNADOS, DEL PROCESO "GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS LABORALES" DE SU REGIONAL O DE CUALQUIER OTRA REGIONAL

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	21/09/2025	Al	22/09/2025	Saldo Anterior del Contrato:	$ 13.920.000
Número de pago	2			Valor Total del Contrato:	$ 15.312.001
Valor Bruto Pago:	$ 4.640.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	$ 9.280.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.640.000	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	$ 4.640.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 2.728.300	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		----------	9490614504
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.856.000	$ 1.423.500
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 232.000	$ 178.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 297.000	$ 227.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	I	$ 9.700	$ 7.500
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		$ 464.000	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 13.113.736	$ 909.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 210.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.728.300,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
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%
-	0,00	0%
-	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	$4.640.000,00	

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

VERIFICACION EN PROYECTO N° PN2-2025-23-9115-P23 G7: NCL 270501042-Aplicar plan sanitario según especie animal y legislación vigente

VERIFICACION PN2-2025-23-9115-P23 G8 : NCL 270501042 - Aplicar plan sanitario según especie animal y legislación vigente

VERIFICACION PN2-2025-23-9115-P23 GP 9 : NCL 270601017- Preparar sitio de cultivo según buenas prácticas de producción acuícola

VERIFICACION PN2-2025-23-9115-P23 G10: NCL 270601017- Preparar sitio de cultivo según buenas prácticas de producción acuícola

VERIFICACION 2025-23-9115-965-P425 G4: NCL 290801106 - Manipular alimentos de acuerdo con procedimiento técnico y normativa de aliment

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

Amanda Delbarre

AMANDA LUCIA DELBARRE LOZANO
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,

JOSE FRANCISCO RUIZ DORIA
PROFESIONAL G05

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
HUMBERTO JOSÉ PATERNINA ESPITIA
DIRECTOR REGIONAL C G05

23/09/25 14:44:09 USUARIO: SIC - C.C. 35144217

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 35144217		DELBARRE LOZANO AMANDA LUCIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 14C #48-34 APTO 201	MONTERIA-CORDOBA	7900115	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1749608864	9490614504	I	2025/09/04	2025/09/03	BANCOLOMBIA	0	$650,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	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: MONTERIA Depto: CORDOBA (1 Afiliados)																													
1	CC	35144217	DELBARRE AMANDA																	25-14	30	EPS002	30		0	14-23	30	1.044%	0	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 35144217		DELBARRE LOZANO AMANDA LUCIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 14C #48-34 APTO 201	MONTERIA-CORDOBA	7900115	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1749608864	9490614504	I	2025/09/04	2025/09/03	BANCOLOMBIA	0	$650,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$352,000	$0	$0	$352,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$352,000	$0	$0	$352,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$23,000	$0	$0	$23,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$23,000	$0	$0	$23,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$275,000	$0	$0	$275,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$275,000	$0	$0	$275,000
TOTAL				**1**	**$650,000**	**$0**	**$0**	**$650,000**

aportes en línea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 35144217		DELBARRE LOZANO AMANDA LUCIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 14C #48-34 APTO 201	MONTERIA-CORDOBA	7900115

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	**2025-08**	Periodo Salud	**2025-08**
Fecha límite de pago	**2025/09/04**	Fecha de pago	**2025/09/03**
Dias de mora	**0**	Tasa de mora	**26.16%**

TOTALES	
Valor a pagar	**$650,000**
Intereses de mora	**$0**
Saldos e incapacidades	**$0**
Valor total	**$650,000**

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	**9490614504**
Clave de pago	**1749608864**
Banco	**BANCOLOMBIA**

2025/09/03 02:15 PM