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 DISTRITO CAPITAL

CENTRO NACIONAL DE HOTELERÍA, TURISMO Y ALIMENTOS- BTÁ D.C.

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

Código Regional	11
Código Centro	940610
Fecha Elaboración	Octubre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	00363-537436

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	VANESSA ANDREA CUBILLOS ALVARADO	Banco a consignar:	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	52.819.925	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	vacubillos@sena.edu.co	Número de Cuenta:	24060314240
IP/Nº de contacto:	3166925353	Presta Servicios Excluidos de IVA:	NO
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:	7361554/2025	Nº Compromiso SIIF	7025	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Contratar la prestación de servicios como Instructor de Formación Profesional Integral en el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), con el fin de desarrollar actividades de enseñanza, aprendizaje y evaluación en el marco de los programas de formación profesional titulada o complementaria del Centro Nacional de Hotelería Turismo y alimentos, sedes y subsedes, en las modalidades

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/10/2025	Al	31/10/2025	Saldo Anterior del Contrato:	$ 12.725.314
Número de pago	9			Valor Total del Contrato:	$ 49.214.768
Valor Bruto Pago:		$ 4.599.511,00		Nuevo Saldo del Contrato:	$ 8.125.803

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.511	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	$ 4.599.511	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 2.696.860	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	$ 0

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

		Octubre	Setiembre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	9492070846	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.696.860,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 1.839.804	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.075.111,00	
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	II	$ 19.300	$ 19.300	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Reteica - 8299 - BOGOTÁ	39.366,00	0,966%
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%
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	$ 899.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 7.132.000					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		VALOR A PAGAR	$4.560.145,00	

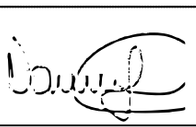
SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL CIENTO CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Realizar Formación Profesional Integral de las fichas asignadas en el cuarto trimestre, por la Coordinación de Servicios Turísticos y Apoyar procesos de Planeación de la Subdirección del Centro de Formación

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



VANESSA ANDREA CUBILLOS ALVARADO
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,

EDWIN ALBERTO PEÑA TRIVIÑO
INSTRUCTOR G17

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
JULIO ALEJANDRO SANABRIA VARGAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

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 52819925		CUBILLOS ALVARADO VANESSA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRRA 54A # 58-61	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3166925353	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	1843201706	9492070846	I	2025/10/07	2025/10/10	BANCO AV VILLAS	3	$544,900

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)					$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$0	$0			$1,840,000	$19,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$0	$0			$1,840,000	$19,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$0	$0			$1,840,000	$19,300		$0	$0
1	CC 52819925	CUBILLOS VANESSA	230901	30	$1,840,000	$294,400	EPS008	30	$1,840,000	$230,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,840,000	$19,300	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$0	$0			$1,840,000	$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 52819925		CUBILLOS ALVARADO VANESSA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRRA 54A # 58-61	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3166925353	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	1843201706	9492070846	I	2025/10/07	2025/10/10	BANCO AV VILLAS	3	$544,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$294,400	$600	$0	$295,000
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$294,400	$600	$0	$295,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,300	$100	$0	$19,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$19,300	$100	$0	$19,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,000	$500	$0	$230,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$230,000	$500	$0	$230,500
TOTAL				1	$543,700	$1,200	$0	$544,900

AV Villas



Tu pago en APORTES EN LINEA - Pago de la Planilla de aportes con clave: 9492070846 fue aprobado

No. de autorización

52523112

Valor	$544.900
Desde	Ahorros No. **** 3974
Hacia	Aportes En Linea - Pago De La Planilla De Aportes Con Clave: 9492070846 - Pedido o Factura No. 9492070846
Fecha	10/10/2025 Hora: 01:11 PM

Si tienes dudas nos puedes contactar de la siguiente forma:

Línea nacional: +57 01 8000 51 8000

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

, 3 de Febrero del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

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:

TI	1188213030	Irene Llano Cubillos	Hijo(a)

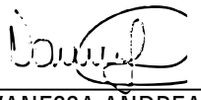
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



VANESSA ANDREA CUBILLOS ALVARADO
C.C. 52819925

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.188.213.030

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43496184

43496184

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** E K Z

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

REGISTRADURIA DE BOGOTA CLINICA UNIVERSITARIA DE COLOMBIA - COLOMBIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LLANO	CUBILLOS

Nombre(s)

IRENE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes NOV Día 23	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	10245799-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CUBILLOS ALVARADO VANESSA ANDREA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 52.819.925	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

LLANO FABIAN ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 79.891.201	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

LLANO FABIAN ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 79.891.201	

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

Adhesivo Copia Registro Civil 2037907-4

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2009 Mes NOV Día 24	María Victoria Gaona Ariza REGISTRADORA AUXILIAR DEL ESTADO CIVIL Nombre: MARIA VICTORIA GAONA ARIZA - REGI

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

SE EXPIDE COPIA PARA EL USUARIO -



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFÍCACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.188.213.030

LLANO CUBILLOS
APELLIDOS

IRENE
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-NOV-2009

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

23-NOV-2027
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G S RH

F
SEXO

30-NOV-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

INDICE DERECHO

P-1500150-00879455-F-1188213030-20170126 0053256670A 1 1074211901