



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 HUILA

CENTRO DE GESTIÓN Y DESARROLLO SOSTENIBLE SURCOLOMBIANO-HUILA

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

Código Regional	41
Código Centro	952810
Fecha Elaboración	Octubre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	78011-282190

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	LEIDY TATIANA RAMOS BARRIOS	Banco a consignar:	AV VILLAS
Cédula de Ciudadanía	1.030.603.683	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	lramos@sena.edu.co	Número de Cuenta:	081940558
IP/Nº de contacto:		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	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**

Nº del contrato:	7650237/2025	Nº Compromiso SIIF	50725	Número de pagos durante la vigencia del contrato	10
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACCIONES DE SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO ACADÉMICO A LOS APRENDICES, ORIENTÁNDOLOS EN EL DESARROLLO DE ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE EFECTIVAS EN ENTORNOS VIRTUALES.				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/10/2025	Al	31/10/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 14.214.000
Número de pago	8	Valor Total del Contrato:	\$ 45.484.800		
Valor Bruto Pago:	\$ 4.738.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 9.476.000

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Ingresos por honorarios	\$ 4.738.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 4.738.000</b>	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.785.100</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Octubre	Setiembre			TARIFA
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	9492661363	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.785.100,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.895.200	\$ 1.895.200	Base retención en la fuente a título de ICA	4.738.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 236.900	\$ 236.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 303.300	\$ 303.300	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	\$ 9.900	\$ 9.900	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-	Reteica - 8211 - PITALITO	28.428,00	0,600%
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	\$ -	-	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	\$ 473.800	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 32.784.341	\$ 929.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 6.646.000	-	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	-	<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.709.572,00</b>	

**SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS NUEVE MIL QUINIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE**

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

Proyección de las acciones programadas para el mes, o según se requiera, con el fin de desarrollar las actividades asignadas.
Orientación de los aprendices en procesos académicos y administrativos de la formación virtual.
Diálogo de materiales digitales para orientar a los aprendices sobre procesos académicos y administrativos, según indicaciones.
Actualización del banco de preguntas frecuentes según las inquietudes planteadas por los aprendices en los distintos espacios.
Elaboración de actas de las sesiones e interacciones requeridas, según tiempos y directrices del grupo responsable de la formación.
Actualización de los recursos necesarios para ejecutar las actividades asignadas, conforme a los planes de trabajo.
Colaboración proactivamente con los roles de formación, brindando información y respuesta oportuna a las solicitudes.
Participación en los procesos de gestión de cambios y actualizaciones relacionados con el LMS, el AVA, sistemas de información.
Apoyar la articulación con los roles de formación virtual, asegurando información oportuna y contribuyendo al fortalecimiento.

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

1. Cumpli 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

Leidy Tatiana Ramos Barrios

LEIDY TATIANA RAMOS BARRIOS  
EL CONTRATISTA

**CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
- 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,

*Osbein Valenzuela Carrillo*  
OSBEIN VALENZUELA CARRILLO  
PROFESIONAL G08

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  
GABRIEL FERNANDO TORRES PRIETO  
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030603683		RAMOS BARRIOS LEIDY TATIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	conjunto san jeronimo	IBAGUE-TOLIMA	3915027	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	1843349991	9492661363	I	2025/10/21	2025/10/10	BANCO AV VILLAS	0	\$550,100

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
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,895,200	\$303,300			\$1,895,200	\$236,900			\$0	\$0			\$1,895,200	\$9,900		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,895,200	\$303,300			\$1,895,200	\$236,900			\$0	\$0			\$1,895,200	\$9,900		\$0	\$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA ( 1 Afiliados)					\$1,895,200	\$303,300			\$1,895,200	\$236,900			\$0	\$0			\$1,895,200	\$9,900		\$0	\$0
1	CC	1030603683	RAMOS LEIDY	231001	30	\$1,895,200	\$303,300	EPS002	30	\$1,895,200	\$236,900	0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,895,200	\$9,900	0	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados ( 1)</b>				\$1,895,200	\$303,300			\$1,895,200	\$236,900			\$0	\$0			\$1,895,200	\$9,900		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030603683		RAMOS BARRIOS LEIDY TATIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	conjunto san jeronimo	IBAGUE-TOLIMA	3915027	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	1843349991	9492661363	I	2025/10/21	2025/10/10	BANCO AV VILLAS	0	\$550,100

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$303,300	\$0	\$0	\$303,300	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$303,300	\$0	\$0	\$303,300	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,900	\$0	\$0	\$9,900	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$9,900	\$0	\$0	\$9,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$236,900	\$0	\$0	\$236,900	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$236,900	\$0	\$0	\$236,900	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$550,100</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$550,100</b>	



**Tu pago en  
APORTES EN LINEA  
- Pago de la Planilla  
de aportes con  
clave: 9492661363  
fue aprobado**

No. de autorización

**52524769**

Valor \$550.100

Desde Ahorros No. \*\*\*\* 0558

Aportes En Linea - Pago De La Planilla  
Hacia De Aportes Con Clave: 9492661363 -  
Pedido o Factura No. 9492661363

Fecha 10/10/2025  
Hora: 02:02 PM

IP de origen 186.112.101.12

**Si tienes dudas nos puedes contactar de la siguiente forma:**

Línea nacional: +57 01 8000 51 8000



**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Pitalito, 25 de marzo de 2025

Señores  
**SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)**

Ciudad

SENA - CFP 419528  
RADICACIÓN RECIBIDA  
**No: 41-1-2025-002869**  
25/03/2025 2:33:01 p. m.  
Destinatario: \_\_\_\_\_

**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 párrafo 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>11459344103</b>	<b>ISABELLA ROBAYO RAMOS</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: **LEIDY TATIANA RAMOS**  
C.C. 1.030.603.683



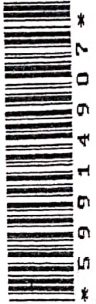
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial

59914907

NUIP 1145934109



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina
Registraduría Notaría X Número Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código D V C
Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 73 BOGOTA DC

Datos del inscrito
Primer Apellido Segundo Apellido
ROBAYO RAMOS
Nombre(s)
ISABELLA
Fecha de nacimiento Sexo (en letras) Grupo sanguíneo Factor RH
Año 2020 Mes MAY Día 28 FEMENINO O POSITIVO
Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo
16013372-5

Datos de la 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
RAMOS BARRIOS LEIDY TATIANA
Documento de Identificación (Clase y número)
CC No. 1030603683
Nacionalidad
COLOMBIA

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos
ROBAYO VALBUENA JAIRO ESTEBAN
Documento de Identificación (Clase y número)
CC No. 1018442061
Nacionalidad
COLOMBIA

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos
ROBAYO VALBUENA JAIRO ESTEBAN
Documento de Identificación (Clase y número)
CC No. 1018442061
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
REGISTRO CIVIL
NOTARIA 73
NOTARIA SETENTA Y TRES DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.
Reconocimiento paterno
ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL
PABEL COMÚN, ARTICULO 115, DECRETO 1260 DE 1970
Firma
NOHORA IRENE GARZON CUBILLOS
Nombre y firma

BOGOTA D.C.
OTRO: LV. T. 50, F. 92 - CN
PLANTARES: 30/05/2020
30 MAYO 2020
ESPACIO PARA NOTAS
NO SE IMPRIME FUELLAS
NOTARIA SETENTA Y TRES DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.
ESTA COPIA SE SUMINISTRA GRATUITAMENTE

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -