



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 CESAR

CENTRO BIOTECNOLÓGICO DEL CARIBE-CESAR

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

Código Regional	20
Código Centro	911410
Fecha Elaboración	Octubre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	21667-565918

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ELKIN JOSE SUAREZ RAMIREZ	Banco a consignar:	BANCO COLPATRIA
Cédula de Ciudadanía	77.097.278	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	esuarezr@sena.edu.co	Número de Cuenta:	7262004177
IP/Nº de contacto:	13217	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	NO
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?			
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000			
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)			
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?			
Concepto del pago corresponde a:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7474750/2025	Nº Compromiso SIIF	11625	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES PLANEACIÓN GESTIÓN EJECUCIÓN EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN RED EMPRENDIMIENTO PROGRAMAS DE TITULADA Y O COMPL REG PRESENCIAL Y/O VIRTUAL CBC CPE NO.20-9-2025-001322				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/10/2025	Al	31/10/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 12.112.046
Número de pago	9			Valor Total del Contrato:	\$ 45.995.110
Valor Bruto Pago:	\$ 4.599.511,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 7.512.535

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.599.511	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención 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 RETENCIÓN 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	-----	4617577972	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.696.860,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.839.804	\$ 1.839.804	Base retención en la fuente a título de ICA	0,00	
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	\$ 19.300	\$ 19.300	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Reteica - 8299 - VALLEDUPAR	0,00	0,000%
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	\$ -		Pro Universidad Popular del Cesar	22.998,00	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.	\$ 6.567.000		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$		VALOR A PAGAR	\$4.576.513,00	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS TRECE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

sesion en linea , zajuna, temas, seguimiento a las fichas atendidas
Reunion con el equipo de trabajo
Reunión con los líderes de fichas.
Ambiente de trabajo en zajuna, teams, con las diferentes fichas.

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	
	ELKIN JOSE SUAREZ RAMIREZ EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:	<u>Autorizo</u> el presente pago. El Supervisor,
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.	MARCO ANTONIO PERALES MOLINA 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
JOSE PEÑA CACERES
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	77097278
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ELKIN JOSE SUAREZ RAMIREZ		
CIUDAD/MUNICIPIO:	VALLEDUPAR	DEPARTAMENTO:	CESAR
DIRECCIÓN:	CLL 27 # 18 D - 20	TELÉFONO:	5716842
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4617577972	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:	AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/09/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993966377

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

		TOTALES	
		COTIZANTES	TOTAL PAGADO

PENSIÓN

		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	\$ 416.000
SUBTOTAL:			1	\$ 416.000

SALUD

		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	\$ 325.000
SUBTOTAL:			1	\$ 325.000

RIESGOS PROFESIONALES

		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 27.200
SUBTOTAL:			1	\$ 27.200

VALOR SIN MORA:	\$ 768.200
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 768.200



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

VALLEDUPAR, 18 de Febrero del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
VALLEDUPAR

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:

RC	10662299865	Elkin jose suarez ramirez	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,

ELKIN JOSE SUAREZ RAMIREZ
C.C. 77097278



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial

59739597

NUIP 1066299065

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Form with checkboxes for Registraduría, Notaría, Consulado, Corregimiento, Inspección de Policía, and Código H 9 E. Location: COLOMBIA - CESAR - VALLEDUPAR - NOTARIA 1 VALLEDUPAR

Datos del inscrito

Personal data of the registrant: Apellido SUAREZ, Segundo Apellido RAMIREZ, Nombre ELKIN JOSE, Fecha de nacimiento 20/08/2018, Sexo MASCULINO, Grupo sanguíneo A, Factor RH POSITIVO, Lugar de nacimiento COLOMBIA - CESAR - VALLEDUPAR

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO, Numero certificado de nacido vivo: 14943957-3

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)

Parent 1: Apellidos y nombres completos RAMIREZ PUELLO AMIS DAYANA, Documento de Identificación (Clase y número) CC No. 1065635600, 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)

Parent 2: Apellidos y nombres completos SUAREZ RAMIREZ ELKIN JOSE, Documento de Identificación (Clase y número) CC No. 77097278, Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Declarante: Apellidos y nombres completos SUAREZ RAMIREZ ELKIN JOSE, Documento de Identificación (Clase y número) CC No. 77097278, Firma (signature)

Datos primer testigo

First witness: Apellidos y nombres completos, Documento de Identificación (Clase y número), Firma

Datos segundo testigo

Second witness: Apellidos y nombres completos, Documento de Identificación (Clase y número), Firma

Fecha de Inscripción: Año 2018, Mes AGO, Día 29

Nombre y firma del funcionario: MARY TANIA CRUZ SAICA, Firma (signature)

Reconocimiento paterno: Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: Firma

OK. autodeclarado ESPACIO PARA NOTAS OTRO: CN - CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO NUMERO 14943957-3 ; 29/08/2018

LA SUSCRITA NOTARIA PRIMERA ENCARGADA DEL CIRCULO DE VALLEDUPAR, CERTIFICA QUE ESTE DOCUMENTO ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARIA 29 AGO 2018

NOTARIA PRIMERA ENCARGADA CIRCULO DE VALLEDUPAR



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO