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** | **21 de Octubre de 2025** |
| **Versión** | **ENERO - 2.25** |
| **ID de Proceso** | **36833-741269** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | LICETH ALEXANDRA GONZALEZ PABON | **Banco a consignar:** | BANCO SUDAMERIS COLOMB |
| **Cédula de Ciudadanía** | 37.746.554 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | lagonzalez455@misena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 94010008800 |
| **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** | 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:** | 7586540/2025 | **Nº Compromiso SIIF** | **31725** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 10 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR: SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACION TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL DE ACUERDO CON LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS Y NECESIDADES DE LA CASA SENA REGIONAL SANTANDER REGULAR PL 9 MESES VR MES $4.599.510 |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **01/10/2025 Al 31/10/2025** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 9.352.337 |
| **Número de pago** | **8** | **Valor Total del Contrato:** | $ 41.395.590 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 4.599.510,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 4.752.827 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.599.510 | 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** | **$ 4.599.510** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.696.859** | **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** | | ---------- | **9492373964** | Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.696.859,00 | TARIFA |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.839.804 | $ 1.839.804 | Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.599.510,00 | |
| 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 - 8530 - PIEDECUESTA | 13.799,00 | 0,300% |
| 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% | $ 32.784.341 | $ 899.000 | | | 0,00 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 6.263.000 | | | | | |
| | | | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | | **VALOR A PAGAR** | **$4.585.711,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS ONCE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar formación a aprendices según su perfil, de acuerdo con la guía de procedimiento de la ejecución de la formación profesional

Impartir formación profesional integral en las modalidades presencial, virtual y a distancia

Evaluar de manera continua y conjunta (aprendiz e instructor) los resultados de aprendizaje de acuerdo con los criterios de evaluación

Reportar en el sistema SOFIA PLUS en los plazos establecidos por la entidad, todas las actividades de acuerdo con los procesos

Realizar la valoración de resultados de aprendizaje impartidos en el aplicativo SOFIA PLUS según criterios de evaluación

Cumplir el objeto del contrato según la programación que el SENA indique

Organizar y controlar documentos propios de su labor, durante la ejecución del objeto contractual, cumpliendo con los lineamientos

no está contratado simultáneamente en otro centro de formación o dependencia del SENA.

**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

LICETH A. Gonzalez

**LICETH ALEXANDRA GONZALEZ PABON**
**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 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,

**JOSÉ WILSON CARRERO MALDONADO**
**INSTRUCTOR G20**

**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)**

16/10/25 14:41:32 USUARIO: SIC - C.C. 37746554

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Piedecuesta, 21 de octubre de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

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:

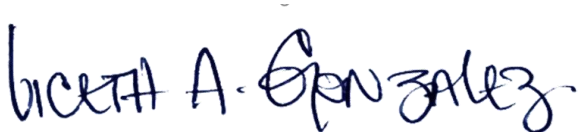
| | | | |
|---|---|---|---|
| **T.I.** | **1.097.919.077** | **Leiah Solano González** | **HIJO** |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

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: Liceth Alexandra González Pabón
C.C. 37.746.554 de Bucaramanga.

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

**NUIP** 1097919077

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo Serial** 55680180

*55680180*

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** Q 7 T

**País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía**
COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| SOLANO ********** | GONZALEZ ********** |

**Nombre(s)**
LEIAH **********

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2016 Mes ABR Día 13 | Femenino | O | Negativo |

**Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)**
COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | N0. 13401530-9 |

**Datos de la madre**

**Apellidos y nombres completos**
GONZALEZ PABON LICETH ALEXANDRA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.37.746.554 | COLOMBIANA |

**Datos del padre**

**Apellidos y nombres completos**
SOLANO DE LA VEGA DERLY FOSTING

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 17.959.546 | COLOMBIANO |

**Datos del declarante**

**Apellidos y nombres completos**
SOLANO DE LA VEGA DERLY FOSTING

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 17.959.546 | Derly Fosting Solano |

**Datos primer testigo**

**Apellidos y nombres completos**
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

**Datos segundo testigo**

**Apellidos y nombres completos**
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2016 Mes ABR Día 15 | MANUEL DE JESÚS RODRÍGUEZ ANGARITA<br>Nombre y firma |

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

IMPRESO POR FANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 8... TEL. 02 219

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# CONTRASEÑA



**PRIMERA VEZ TI**
**1.097.919.077**

APELLIDOS / NOMBRES
**SOLANO GONZALEZ**
**LEIAH**

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
**13-ABR-2016**
**FLORIDABLANCA - SANTANDER**

FECHA DE EXPEDICIÓN
**02-SEP-2024**

SEXO
**FEMENINO**

LUGAR DE PREPARACIÓN
**FLORIDABLANCA - FLORIDABLANCA**

OFICINA DE ENTREGA
**FLORIDABLANCA - FLORIDABLANCA**

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

**ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 02-MAR-2025**

**8512760236**
**02-SEP-2024**

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 37746554 | | GONZALEZ PABON LICETH ALEXANDRA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CLL 199 B # 38A-65 | BUCARAMANGA-SANTANDER | 3175231715 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-10 | 2025-10 | 1827594041 | 9492373964 | I | 2025/11/14 | 2025/10/06 | BANCO GNB SUDAMERIS | 0 | $545,200 |

**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: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | CC | 37746554 | GONZALEZ LICETH | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | EPS010 | 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 37746554 | | GONZALEZ PABON LICETH ALEXANDRA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CLL 199 B # 38A-65 | BUCARAMANGA-SANTANDER | 3175231715 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-10 | 2025-10 | 1827594041 | 9492373964 | I | 2025/11/14 | 2025/10/06 | BANCO GNB SUDAMERIS | 0 | $545,200 |


**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $295,200 | $0 | $0 | $295,200 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $295,200 | $0 | $0 | $295,200 |
| 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 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $230,700 | $0 | $0 | $230,700 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $230,700 | $0 | $0 | $230,700 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$545,200** | **$0** | **$0** | **$545,200** |