

 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		Octubre de 2025	
			Versión		ENERO - 2.25	
			ID de Proceso		08833-312592	
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: (Descripción 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 21/10/2025		Al 22/10/2025		Saldo Anterior del Contrato: \$ 9.280.000		
Número de pago 3				Valor Total del Contrato: \$ 15.312.001		
Valor Bruto Pago: \$ 4.640.000,00				Nuevo Saldo del Contrato: \$ 4.640.000		
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						
		Octubre	Setiembre	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.728.300,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	9492245180	Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.856.000	\$ 1.856.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 232.000	\$ 232.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 297.000	\$ 297.000	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL I		\$ 9.700	\$ 9.700		0,00	0%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -			0,00	0%
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 \$ 464.000				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta \$ 796.784		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% \$13.113.736		\$ 909.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 1.119.000				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente \$				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 PROYECTO 2025-23-9523-963-P2483						
VERIFICACION PROYECTO 2025-23-9115-965-P1342						
VERIFICACION PROYECTO 2025-23-9115-965-P545						
VERIFICACION PROYECTO 2025-23-9115-965-P2932						
ASISTENCIA A INFORME TRIMESTRAL DE VERIFICACIÓN						
ASISTENCIA A MESA DE TRABAJO CON EL DIRECTOR REGIONAL						
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 aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo 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.						
			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						

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
2025-09	2025-09	1832198748	9492245180	I	2025/10/06	2025/10/06	BANCOLOMBIA	0	\$650,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																																			
EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES																									
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	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
2025-09	2025-09	1832198748	9492245180	I	2025/10/06	2025/10/06	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	