

SENA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATO 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

Código Centro

Fecha Elaboración

Versión

ID de Proceso

68

912210

21 de Octubre de 2025

ENERO - 2.25

43604-891148

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:

Cédula de Ciudadanía

Correo electrónico:

IP/Nº de contacto:

Inducción SST:

Régimen del IVA:

LEIDY VANESSA FAJARDO MESA

1.098.682.010

leidyfajardomesa@gmail.com

SI

NO RESPONSABLE

Banco a consignar:

Tipo de cuenta:

Número de Cuenta:

Presta Servicios Excluidos de IVA:

Pertenece al régimen simple de tributación:

Es declarante de renta por el año gravable 2024

BANCOLOMBIA

AHORROS

29174920727

NO

NO

SI

¿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.

NO

NO

NO

NO

Ninguno

0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:

Nº Compromiso SIIF

Número de pagos durante la vigencia del contrato

7250674/2025

925

12

OBJETO CONTRACTUAL:

(Descripción del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES: SERVICIOS PROFESIONALES APOYANDO LA ESTRUCTURACION FORMULACION EJECUCION Y SEGUIMIENTO DE PROYECTOS RELACIONADOS CON EL MANTENIMIENTO ADECUACION AMPLIACION Y MODERNIZACION EDIFICACIONES DE LA ENTIDAD PL 11M 15D VR MES \$5.033.580

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del

01/10/2025

Al

31/10/2025

Número de pago

Valor Bruto Pago:

10

\$ 5.033.580,00

Saldo Anterior del Contrato:

Valor Total del Contrato:

Nuevo Saldo del Contrato:

\$ 14.932.954

\$ 57.886.170

\$ 9.899.374

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios

Ingresos por comisiones

Ingresos de otros meses cobrados en el mes

TOTAL INGRESOS DEL PERIODO

BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE

\$ 5.033.580

\$ 0

\$ 0

\$ 5.033.580

\$ 2.951.222

Ninguno

Retencion en la Fuente del Periodo

Menos, Retefuente Otros Ingresos

TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO

0,00%

\$ 0

\$ 0

\$ 0

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

Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS

Ingreso Base de Cotización - IBC

Aporte obligatorio a seguridad social salud

Aporte obligatorio a seguridad social Pensión

Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional

ARL

Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes

Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes

Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes

Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias

Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC

Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias

Intereses Prestamo de Vivienda

Dependientes hasta

Salud hasta

Renta Exenta 25%

Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.

Retención en la Fuente Contingente

\$ 2.013.432

\$ 251.700

\$ 322.200

\$ -

\$ 21.100

\$ -

\$ -

\$ -

\$ -

\$ -

\$ -

\$ -

\$ 503.358

\$ 796.784

\$ 39.341.210

\$ 8.420.000

\$ -

Setiembre

\$ 7987667510

\$ 2.013.432

\$ 251.700

\$ 322.200

\$ 0

\$ 21.100

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

Base retención en la fuente a título de RENTA

Base retención en la fuente a título de ICA

Valor base IVA

IVA (Si es RESPONSABLE)

Menos Retención en la Fuente

Menos Retencion IVA

Reteica - 8211 - PIEDECUESTA

Otras Retenciones

Otras Retenciones

Otras Retenciones

Otras Retenciones

Otras Retenciones

Descuentos de embargo (Si tiene)

VALOR A PAGAR

2.951.222,00

5.033.580,00

0,00

0,00

0,00

0,00

25.168,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

TARIFA

19%

0,00%

15%

0,500%

0%

0%

0%

0%

0%

0%

0%

0%

0%

0%

0%

0%

SON: CINCO MILLONES OCHO MIL CUATROCIENTOS DOCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Elaboración de formato de necesidad de proyectos de adecuación para el CASA para el 2026

Elaboración de formato de necesidad de proyectos de construcción para el CASA para el 2026

Elaboración de formato de necesidad de mantenimiento para el CASA para el 2026

Diligenciamiento de formato FASE I - BPGI - Sedes Adecuadas - Infraestructura 2026

Diligenciamiento de formato FASE I - BPGI- Sedes Mantenidas - Infraestructura 2026

Diligenciamiento de formato FASE I - BPGI- Sedes Construidas - Infraestructura 2026

Participación de reunión de hechos económicos en la regional

Participación comité primario del mes de septiembre

Acompañamiento visita para el diagnóstico físico de los puntos de atención al ciudadano y evaluar el desempeño de los agentes de atención

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

Leidy Fajardo M.

LEIDY VANESSA FAJARDO MESA
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,

Adda Mayerly Marin Diaz

PROFESIONAL C02

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)



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

PIEDRECUESTA, 21 de Octubre de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
PIEDRECUESTA

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	1097143892	luciana franco Fajardo	Hijo(a)
RC	1097160312	Nicolas franco Fajardo	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,

LEIDY VANESSA FAJARDO MESA
C.C. 1098682010



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

59887080

NUIP 1097143892

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número ☐ 07 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código Q 5 E

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido FRANCO Segundo Apellido FAJARDO

Nombre(s) LUCIANA *****

Fecha de nacimiento Año 2018 Mes D I C Día 27 Sexo (en letras) Femenino Grupo sanguíneo O Factor RH Positivo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección) COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo 14948122-7

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

FAJARDO MESA LEIDY VANESSA

Documento de identificación (Clase y número) CC NRO. 1.098.682.010

Nacionalidad COLOMBIANA

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

FRANCO MENDOZA DUVAN ALEXIS

Documento de identificación (Clase y número) CC NRO. 1.098.680.180

Nacionalidad COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

FRANCO MENDOZA DUVAN ALEXIS

Documento de identificación (Clase y número) CC NRO. 1.098.680.180

Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) *****



Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) *****

Firma

Fecha de inscripción

Año 2018 Mes D I C Día 28

Nombre y firma del funcionario que autoriza

RECTOR ELIAS ANZA VELASCO
NOTARIO SEPTIMO CIRCULO DE BUCARAMANGA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

RECTOR ELIAS ANZA VELASCO
NOTARIO SEPTIMO CIRCULO DE BUCARAMANGA

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

RECONOCIMIENTO PATERNO VOLUNTARIO, LV. TOMO 205 FOLIO 089. JSS

20 DIC 2018

RECTOR ELIAS ANZA VELASCO
NOTARIO SEPTIMO CIRCULO DE BUCARAMANGA

THOMAS GREG & SONS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

GRF-F-063 V03

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO		Indicativo Serial	63082385
NUIP	1097160312		
Datos de la oficina de registro - Clase de oficina			
Registraduría	☐	Número	☒ 7
Consulado	☐	Correimiento	☐
Inspección de Policía	☐	Código	Q 5 B
País: COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA			
Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
FRANCO		FAJARDO	
Nombres			
NICOLAS			
Fecha de nacimiento			
Año	2025	Mes	JUL
Día	28	Sexo	Masculino
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o equivalente)			
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA			
Tipo de documento antecedente o Declaración de cónyuge			
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO			
Número certificado de nacido vivo			
25078010246572			
Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con linaje matrilineal, o parientes del mismo sexo, anotar el progenitor que indique los declarantes para el primer apellido del inscrito)			
Apellidos y nombres completos			
FAJARDO MESA LEIDY VANESSA			
Documento de identificación (Clase y número)			
CC NRO. 1.098.682.010			
Nacionalidad			
COLOMBIANA			
Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con linaje matrilineal, o parientes del mismo sexo, anotar el progenitor que indique los declarantes para el segundo apellido del inscrito)			
Apellidos y nombres completos			
FRANCO MENDOZA DUVAN ALEXIS			
Documento de identificación (Clase y número)			
CC NRO. 1.098.680.180			
Nacionalidad			
COLOMBIANO			
Datos del declarante			
Apellidos y nombres completos			
FRANCO MENDOZA DUVAN ALEXIS			
Documento de identificación (Clase y número)			
CC NRO. 1.098.680.180			
Firma			
04 AGO 2025			
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			
Año	2025	Mes	JUL
Día	30		
Nombre y firma del funcionario que autoriza			
SHIRLEY MILAGRA GAMBOA RUEDA			
Nombre y firma			
Reconociente paterno			
Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento			
Firma			
Nombre y firma			
ESPACIO PARA NOTAS			
JSS			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1098682010	NÚMERO PLANILLA:	7987667510	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		LEIDY VANNESA FAJARDO MESA		PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	PIEDECUESTA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER	DÍAS DE MORA:	octubre AÑO 2025		octubre AÑO 2025
DIRECCIÓN:	CALLE 13 N # 2-81 T 3 AP110	TELÉFONO:	3174453	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	0	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1867241085
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE		2025/10/21		
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.				
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO						
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	\$ 322.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 322.200	\$ 0	\$ 322.200
SUBTOTALES:										\$ 322.200	\$ 0	\$ 322.200

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 251.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 251.700	\$ 0	\$ 0	\$ 251.700
SUBTOTALES:									\$ 251.700				\$ 251.700	\$ 0	\$ 0	\$ 251.700

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 21.100	\$ 21.100	\$ 0	\$ 0	\$ 21.100
SUBTOTALES:									\$ 21.100	\$ 0	\$ 0	\$ 21.100

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																				
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL												PARAFISCALES																				
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LWA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SEGURIDAD SOCIAL				SALUD				ARP			DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU				
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES			TOTAL APORTE	ADMIN					DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	CC 1098682010	FAJARDO MESA LEIDY VANESSA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 2.013.432			NO																		230201-PROTECCION	30	2.013.432	\$ 322.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 322.200	CIAMER CANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	2.013.432	\$ 251.700	\$ 0	\$ 251.700	14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	30	2.013.432	\$ 109868201	\$ 21.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO:	\$ 595.000
----------------------	-------------------