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	**06086-145862**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	WILMAR YESID ARDILA PRADA	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	1.098.626.777	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	wyardila@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24130537029
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:	7441667/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**22025**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACION TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL DE ACUERDO CON LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS Y LAS NECESIDADES DEL CASA SENA REGIONAL TITULADA Y COMPLEMENTARIA PL 10 MESES Y 08 DIAS VR MES $4.599.510

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2025 Al 31/10/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 12.725.311
Número de pago	**9**	**Valor Total del Contrato:**	$ 47.221.636
Valor Bruto Pago:	**$ 4.599.510,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 8.125.801

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.510	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 1.249.217	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.848.727**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.540.154**	**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		----------	**81180946**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.540.154,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 1.839.804	Base retención en la fuente a titulo de ICA	5.848.727,00	
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	17.546,00	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		$ 584.873		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 796.784	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 1.180.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 6.705.000					
Retención en la Fuente Contingente		$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
				VALOR A PAGAR	**$4.581.964,00**	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y UN MIL NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Evaluar el proceso de aprendizaje y Orientar formación a aprendices según su diligenciando oportunamente los formatos correspondientes

Reportar en el sistema SOFIA PLUS en un plazo máximo de tres (3) días todas las actividades de acuerdo con los procesos que son de su

Reportar valoración de resultados de aprendizaje impartidos según criterios de evaluación

Cumplir el objeto del contrato descrito según la programación y lugares que el SENA indique.

Participar de reuniones y/o comités citados y/o delegados por la Subdirección de centro.

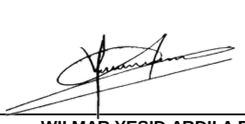
Hacer buen uso y manejo de herramientas tecnológicas y comunicación.

Conocer y aplicar los procesos, procedimientos, formatos, y demás documentación establecida en el SIGA

Elabora o ajustar de proyecto formativo y materiales de formación

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



WILMAR YESID ARDILA PRADA
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)

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Piedecuesta, 21 de octubre de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad Piedecuesta

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.	**1099740665**	**Sarah Nicole Ardila Arias**	**HIJO**
NUIP - NIP	**1142724765**	**Sophie Salome Ardila Arias**	**HIJO**

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: _Wilmar Yesid Ardila Prada_____
C.C. ___1098626777_____

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1099740665

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40386056

40386056

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [02] Consulado [ ] Corregiduría [ ] Inspección de Policía [ ] Código [0 2 0]

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido: ARDILA**********

Segundo Apellido: ARIAS**********

Nombre(s): SARAH NICOLE**********

Fecha de nacimiento: Año 2007 Mes AGO Día 29

Sexo (en letras): Femenino

Grupo Sanguíneo: O

Factor RH: Positivo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: A 7533374

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ARIAS MANRIQUE DIANA KATHERINE

Documento de identificación (Clase y número): CONTRASEÑA NRO.63.552.221

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ARDILA PRADA WILMAR YESID

Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.098.626.777

Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ARDILA PRADA WILMAR YESID

Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.098.626.777

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

Año 2007 Mes SEP Día 26

Nombre y firma del funcionario que autoriza

SYLVIA STELLA RUGELES DE RUGELES
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

SYLVIA STELLA RUGELES DE RUGELES
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS TOMO 151 FOLIO 145....

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento de Santander
NOTARIA 21 DEL CIRCULO
BUCARAMANGA

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1142724765

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 57603569

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [0 2] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D U H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ARDILA **********	ARIAS **********

Nombre(s)

SOPHIE SALOMÉ **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2018 Mes FEB Día 19	Femenino	O	Positivo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	14424718-8

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que e indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ARIAS MANRIQUE DIANA KATHERINE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.63552221	COLOMBIANA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que e indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ARDILA PRADA WILMAR YESID

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1098626777	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ARIAS MANRIQUE DIANA KATHERINE

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 63552221	

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	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2018 Mes MAR Día 02	LUIS ARGEMIRO VELASCO ARIZA Notario Segundo Círculo de Floridablanca LUIS ARGEMIRO VELASCO ARIZA Nombre y firma

57603569

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-10-20, 03:36:24 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 81180946

Periodo Cotización: octubre de 2025 **Periodo Servicio:** octubre de 2025

PAGADO 19/10/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	WILMAR YESID ARDILA PRADA		
Documento	CC1098626777	**Dirección**	CR 4 #1 ND - 60 ENTRE PARQUE T4A403
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6541367
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	PIEDECUESTA	**Departamento**	SANTANDER
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1098626777	WILMAR YESID ARDILA PRADA	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.839.804	$ 294.400	(EPS046) SALUD MIA EPS	$ 1.839.804	$ 230.000	1,044	$ 1.839.804	$ 19.300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 543.700

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.839.804	$ 1.839.804	$ 1.839.804	$ 0	$ 294.400	$ 230.000	$ 19.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 543.700	$ 0	$ 543.700

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.