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 SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURISTICOS

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**930910**
Fecha Elaboración	**20 de Octubre de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**77013-199781**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	63.317.113	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	maltamirandam@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	09051422331
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?	SI
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:	7440158/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**14325**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA IMPARTIR FORMACION COMPLEMENTARIA EN EL PROGRAMA DE ATENCION A LA POBLACION VICTIMA DEL DESPLAZAMIENTO, CONFORME A LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CSET PL 289 DIAS V/R MES $ 3.555.872

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2025 Al 31/10/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 8.178.506
Número de pago	**9**	**Valor Total del Contrato:**	$ 35.321.662
Valor Bruto Pago:	**$ 3.555.872,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 4.622.634

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.555.872	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	**$ 3.555.872**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.302.372**	**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		----------	**8390609846**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.423.500	$ 1.423.500
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.000	$ 178.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 0	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 7.500	$ 7.500
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		$ 300.000	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 768.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 5.818.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.302.372,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.555.872,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8530 - BUCARAMANGA.	25.602,00	0,720%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Sobretasa Bomberil	2.560,00	10,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.527.710,00**	

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTISIETE MIL SETECIENTOS DIEZ PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. Certifico que impartí formación ficha 3330011 ELABORACIÓN DE MUÑEQUERIA EN TELA, Fundación Fulmiani
2. Certifico que impartí formación ficha 3330033 ELABORACIÓN DE MUÑEQUERIA EN TELA, hospital psiquiátrico San Camilo
3. Certifico que impartí formación ficha 3342492 CONFECCIÓN DE MUÑECOS NAVIDEÑOS, casa de la mujer, Piedecuesta
4. Certifico que impartí formación ficha 3352384 DESARROLLO DE PRODUCTOS EN MATERIAL RECICLABLE, Lebrija
5. Certifico que estoy gestionando los siguientes cursos: elaboración de complementos de bisutería con técnica de ensartado en el barrio San Luis, confección de muñecos navideños en el punto de atención a victimas de Piedecuesta y confección de muñecos navideños en el ágora del barrio La Joya.

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

Martha Altamiranda Martinez

MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ
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,

EDWARD ALBERTO GUERRERO PINEDA
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
NORMAN CARRILLO RAMIREZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

14/10/25 11:30:19 USUARIO: SIC - C.C. 63317113

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ
No. Identificación: CC63317113
Dirección: CARRERA 24 NO. 16 50
Telefono: 6479941
Correo: martha_ma16@hotmail.com
Ciudad: BUCARAMANGA
Número de Planilla: 8390609846

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC63317113	**Periodo de Cotización Salud**	octubre de 2025
Número de planilla	8390609846	**Periodo de Cotización Pensión**	octubre de 2025
Fecha pago	2025-10-14	**Número de Administradoras**	2
Número de autorización pago	25093709	**Total Pagado**	212700
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
8390609846

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	34700	1
EPS002	Salud Total EPS	178000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 63317113
APELLIDOS Y NOMBRES: MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002		1423500	0	1423500	0	178000	0	0	0	34700	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

porvenir

COMPROBANTE DE CONSIGNACIÓN

Fondo de Pensiones Voluntarias

No. 42365118

CUENTAS RECAUDADORAS

Banco AV Villas	000-25777-4	Banco de Occidente	256-03684-9
Banco de Bogotá	000-34472-1	Banco Popular	150-21309-8

C.C, NIT, C.E, TI, RC: 63317113

* DISTRIBUCIÓN O CLAVE DE PORVENIR: 725332

ANEXOS: Disquete ☐ Listado ☐ No. de hojas _____

*Deberá indicarse el número de la distribución; de lo contrario, el aporte se acreditará teniendo en cuenta las plantillas definidas por defecto en su cuenta individual.
FAVOR ANOTAR EL NÚMERO DE LA CUENTA RECAUDADORA AL RESPALDO DEL CHEQUE

DEPÓSITO **

COD. BCO.	No DEL CHEQUE LOCAL	VALOR $
EFECTIVO		300.000

NOMBRE DEL CLIENTE: Martha A M

TELEFONO: 3167873423

(415)770999800219 7(8020)0042365118

ESPACIO PARA TIMBRE

Banco de Bogota 283 San Francisco
Srv 2121 OR028302 Usu9519 T182
COte*****4721 14/10/25 09:25 H.NO
PENSIONES VOLUNTARIAS PO CEO 1783
Us:0042365118
Valor Efectivo:300,000.00
Vr.Cheq: 0.00 0
Valor Crédito:0.00
Valor ND:0.00
Valor Total:300,000.00

PARA TODOS LOS EFECTOS, SE TOMARÁ COMO VÁLIDA LA FECHA DEL TIMBRE O SELLO DE LA ENTIDAD RECAUDADORA

- CLIENTE -

clicopeles 88263