

	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATO POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)						
	REGIONAL GUAVIARE						
	CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL, TURISMO Y TECNOLÓGICO DEL GUAVIARE						
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1						
	Código Regional	95					
	Código Centro	953310					
Fecha Elaboración	Octubre de 2025						
Versión	ENERO - 2.25						
ID de Proceso	76631-974790						
DATOS DEL CONTRATISTA							
Nombres y apellidos:	NATALIA KATERINE QUEVEDO TORRES			Banco a consignar:	BANCOLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía	1.120.376.275			Tipo de cuenta:	AHORROS		
Correo electrónico:	nkquevedo@sena.edu.co			Número de Cuenta:	82871431694		
IP/Nº de contacto:	3023			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:	7416752/2025		Nº Compromiso SIIF	9625		Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PARA ORIENTAR FPI PROGRAMAS REGULAR, CAMPESENA Y/O ECONOMÍA POPULAR RED GESTIÓN ADMIN, LOGÍSTICA Y GESTIÓN DE LA PRODUCCIÓN QUE IMPARTE EL CDATTG. RDO.CPE NO. 95-9-2025-000405.						
DATOS PERIODO DEL PAGO							
Del	01/10/2025	Aí	31/10/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 14.756.913		
Número de pago	9			Valor Total del Contrato:	\$ 56.182.946		
Valor Bruto Pago:	\$ 5.333.824,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 9.423.089		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
Ingresos por honorarios	\$ 5.333.824			Ninguno	0,00%		
Ingresos por comisiones	\$ 0			Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0						
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 5.333.824			Menos, ReteFuente Otros Ingresos	\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 3.136.142			TOTAL REFEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR							
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----		Octubre	Setiembre	Base retención en la fuente a título de RENTA	3.136.142,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 2.133.530	\$ 2.133.530	Base retención en la fuente a título de ICA 0,00				
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 266.700	\$ 266.700	Valor base IVA 0,00				
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 341.400	\$ 341.400	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 I	\$ 11.200	\$ 11.200	Menos Retención IVA 0,00 15%				
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-	Reteica - 8299 0,00 0,000%				
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-	Pro-Univesidad de la Amazonia 26.669,00 0,000%				
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-	Otras Retenciones 0,00 0,000%				
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	-	Otras Retenciones 0,00 0,000%				
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	\$ -	-	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00				
Dependientes hasta	\$ 533.382	-	VALOR A PAGAR \$5.307.155,00				
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -					
Renta Exenta 25%	\$36.062.775	\$ 1.045.000					
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 8.116.000						
Retención en la Fuente Contingente	\$						
SON: CINCO MILLONES TRESCIENTOS SIETE MIL CIENTO CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE							
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
3070375 – Tecnólogo en Coordinación en procesos Logísticos Impartiendo la competencia Elaborar plan de compras.							
3070375 – Tecnólogo en Coordinación en procesos Logísticos Impartiendo la competencia Controlar los inventarios.							
3123879 - Tecnólogo en Gestión Empresarial impartiendo la competencia Proponer alternativas de solución.							
3123879 - Tecnólogo en Gestión Empresarial impartiendo la competencia Dirigir el talento humano.							
3335872-Tecnólogo en Gestión Contable y de Información Financiera acompañando el proceso de inducción.							
Alistamiento y ejecución de la formación profesional integral de los programas de formación 2025. Diseño de actividades de aprendizaje guías, actividades y planeación pedagógica Fichas: 3070375 y 3123879.							
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTifico, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:				 NATALIA KATERINE QUEVEDO TORRES EL CONTRATISTA			
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							
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;				JORGE YONATHAN VILLAMIZAR CLAVIJO INSTRUCTOR G10			
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.							
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 EDGAR AUGUSTO BRAGA SILVA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)							

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1120376275		QUEVEDO TORRES NATALIA KATERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ L CASA 298	SAN JOSE DEL GUAVIARE- GUAVIARE	6736384	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-10	2025-10	1839443264	9493098288	I	2025/11/20	2025/10/09	BANCOLOMBIA	0	\$619,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,133,600	\$341,400			\$2,133,600	\$266,700			\$0	\$0			\$2,133,600	\$11,200		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,133,600	\$341,400			\$2,133,600	\$266,700			\$0	\$0			\$2,133,600	\$11,200		\$0	\$0
Ciudad: SAN JOSE DEL GUAVIARE Depto: GUAVIARE (1 Afiliados)					\$2,133,600	\$341,400			\$2,133,600	\$266,700			\$0	\$0			\$2,133,600	\$11,200		\$0	\$0
1	CC	1120376275	QUEVEDO NATALIA	230301	30	\$2,133,600	\$341,400	EPS037	30	\$2,133,600	\$266,700	0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,133,600	\$11,200	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$2,133,600	\$341,400			\$2,133,600	\$266,700			\$0	\$0			\$2,133,600	\$11,200		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1120376275		QUEVEDO TORRES NATALIA KATERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ L CASA 298	SAN JOSE DEL GUAVIARE - GUAVIARE	6736384	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-10	2025-10	1839443264	9493098288	I	2025/11/20	2025/10/09	BANCOLOMBIA	\$619,300

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$341,400	\$0	\$0	\$341,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$341,400	\$0	\$0	\$341,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$11,200	\$0	\$0	\$11,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$11,200	\$0	\$0	\$11,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$266,700	\$0	\$0	\$266,700
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$266,700	\$0	\$0	\$266,700
TOTAL				1	\$619,300	\$0	\$0	\$619,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1120376275		QUEVEDO TORRES NATALIA KATERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ L CASA 298	SAN JOSE DEL GUAVIARE- GUAVIARE	6736384	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-09	2025-09	1760275612	9491547110	I	2025/10/17	2025/09/08	BANCOLOMBIA	\$619,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,133,600	\$341,400			\$2,133,600	\$266,700			\$0	\$0			\$2,133,600	\$11,200	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,133,600	\$341,400			\$2,133,600	\$266,700			\$0	\$0			\$2,133,600	\$11,200	
Ciudad: SAN JOSE DEL GUAVIARE Depto: GUAVIARE (1 Afiliados)					\$2,133,600	\$341,400			\$2,133,600	\$266,700			\$0	\$0			\$2,133,600	\$11,200	
1	CC	1120376275	QUEVEDO NATALIA	230301	30	\$2,133,600	\$341,400	EPS037	30	\$2,133,600	\$266,700	0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,133,600	\$11,200	0
Total Afiliados(1)					\$2,133,600	\$341,400			\$2,133,600	\$266,700			\$0	\$0			\$2,133,600	\$11,200	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1120376275		QUEVEDO TORRES NATALIA KATERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ L CASA 298	SAN JOSE DEL GUAVIARE- GUAVIARE	6736384	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-09	2025-09	1760275612	9491547110	I	2025/10/17	2025/09/08	BANCOLOMBIA	\$619,300

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$341,400	\$0	\$0	\$341,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$341,400	\$0	\$0	\$341,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$11,200	\$0	\$0	\$11,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$11,200	\$0	\$0	\$11,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$266,700	\$0	\$0	\$266,700
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$266,700	\$0	\$0	\$266,700
TOTAL				1	\$619,300	\$0	\$0	\$619,300

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS****PROCESO****GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS****NOMBRE DEL FORMATO****FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS****CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Pública	☒	Pública Clasificada	☐	Pública Reservada	☐
---------	-------------------------------------	---------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------

San José del Guaviare, 30 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:

NUIP - NIP	1.120.959.616	Andrés Santiago Salazar Quevedo	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: Natalia Katherine Quevedo Torres

C.C. 1.120.376.275



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

58350639

NUIP	1120959616
------	------------

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina															
Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	☐	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	X	3	R
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía															
COLOMBIA - GUAVIARE - SAN JOSE DEL GUAVIARE NOTARIA 1 SAN JOSE DEL															

Datos del inscrito															
Primer Apellido								Segundo Apellido							
SALAZAR * * * * *								QUEVEDO * * * * *							
Nombre(s)															
ANDRES SANTIAGO * * * * *															
Fecha de nacimiento															
Año				Mes		Día		Sexo (en letras)				Grupo sanguíneo		Factor RH	
2 0 2 2				A B R		1 6		MASCULINO				O		POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)															
COLOMBIA - GUAVIARE - SAN JOSE DEL GUAVIARE * * * * *															

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos										Número certificado de nacido vivo					
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *										167927706 * * * *					

Datos de 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															
QUEVEDO TORRES NATALIA KATERINE * * * * *															
Documento de identificación (Clase y número)															
CC No. 1120376275 * * * * *															
Nacionalidad															
COLOMBIA * * * * *															

Datos de padre o madre (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															
SALAZAR AQUINO CARLOS ANDRES * * * * *															
Documento de identificación (Clase y número)															
CC No. 10304829 * * * * *															
Nacionalidad															
COLOMBIA * * * * *															

Datos del declarante															
Apellidos y nombres completos															
QUEVEDO TORRES NATALIA KATERINE * * * * *															
Documento de identificación (Clase y número)															
CC No. 1120376275 * * * * *															
Firma															
* Natalia K. Quevedo T.															

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				Mes		Día		DIEGO RESTREPO GARRIDO							
2 0 2 2				M A Y		1 1		Nombre y firma							

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

