

 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)		Código Regional	1
	DIRECCIÓN GENERAL		Código Centro	101001
	OFICINA DE SISTEMAS - MODERNIZACIÓN DE AMBIENTES		Fecha Elaboración	Noviembre de 2025
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO - 2.25
			ID de Proceso	20712-925780
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: FRANKLIN DE LA ROSA MARQUEZ		Banco a consignar: AV VILLAS		
Cédula de Ciudadanía: 9.098.277		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: nsivigila1977@hotmail.com		Número de Cuenta: 865715994		
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: 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: 7457442/2025		Nº Compromiso SIIF 142325		Número de pagos durante la vigencia del contrato 11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		SERVICIOS PERSONALES, RAD 01-9-2025-008641, PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR Y AGILIZAR LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA PLANIFICACIÓN, DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN, GESTIÓN, INTEGRACIÓN, OPERACIÓN, MONITOREO Y MEJORA CONTINUA DE LOS SERVICIO		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del 01/11/2025 Al 30/11/2025		Saldo Anterior del Contrato: \$ 10.300.000		
Número de pago 10		Valor Total del Contrato: \$ 55.000.000		
Valor Bruto Pago: \$ 5.150.000,00		Nuevo Saldo del Contrato: \$ 5.150.000		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 5.150.000		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 \$ 5.150.000		Menos, ReteFuente Otros Ingresos \$ 0		
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE \$ 3.028.100		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		Noviembre	Octubre	Base retención en la fuente a título de RENTA 3.028.100,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 2.060.000	\$ 2.060.000	Base retención en la fuente a título de ICA 5.150.000,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 257.500	\$ 257.500	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 329.600	\$ 329.600	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		\$ 10.800	\$ 10.800	Menos Retención IVA 0,00 15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		Reteica - 8299 - CARTAGENA CON 44.084,00 0,856%
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		\$ -		Pro-Universidad Nacional 25.750,00 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		\$ 515.000		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Salud hasta \$ 796.784		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 36.062.775	\$ 1.009.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 9.482.000		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Retención en la Fuente Contingente		\$		VALOR A PAGAR \$5.080.166,00
SON: CINCO MILLONES OCHENTA MIL CIENTO SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Pago Seguridad social Octubre 9494065512				
Apoyar en las actividades de control y seguimiento a los aliados encargados de los componentes de servicios TIC				
Elaborar informes mensuales con el desempeño, monitoreo, indicadores clave y evalué la eficiencia de los componentes de servicios TIC.				
Realice verificación de funcionalidad de conectividad y caída de servicio de Internet con el operador de internexa en el ID 49 mompox				
Participe en la capacitación de los procesos de Migración a could, conectividad y capacitación, activos de informacion y autodiagnóstico				
Atendí la solicitud informacion del ente central de los directorios de personal de soporte en sitio y especialista en redes.				
Realice acompañamiento y diligenciamiento del autodiagnóstico del MIPG en la regional bolivar y acompañe y apoye los centros de form.				
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				
FRANKLIN DE LA ROSA MARQUEZ 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 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.				
Autorizo el presente pago. El Supervisor, MARTHA RUBY BADILLO MESA PROFESIONAL G02				
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 JUAN CARLOS CORTES GOMEZ JEFE OFICINA DE SISTEMAS (E)				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 9098277		DELA ROSA MARQUEZ FRANKLIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	zaragocilla cll 1° 30 g #50A-28	CARTAGENA-BOLIVAR	6699456	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1892676433	9494065512	I	2025/11/21	2025/10/31	BANCO AV VILLAS	0	\$600,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																									
EMPLEADO				NOVEDADES												PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES									
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irt	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	9098277	DE LA ROSA FRANKLIN																		230201	30	\$2,070,000	\$331,200	EP5002	30	\$2,070,000	\$258,800		0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,070,000	\$10,900	0	\$0	\$0	No	\$600,900
Total Afiliados(1)																								\$2,070,000	\$331,200			\$2,070,000	\$258,800			\$0	\$0			\$2,070,000	\$10,900	\$0	\$0		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 9098277		DELAROSA MARQUEZ FRANKLIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	zaragocilla cll 1°30 g #50A-28	CARTAGENA-BOLIVAR	6699456	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1892676433	9494065512	I	2025/11/21	2025/10/31	BANCO AV VILLAS	0	\$600,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$331,200	\$0	\$0	\$331,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$331,200	\$0	\$0	\$331,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$10,900	\$0	\$0	\$10,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$10,900	\$0	\$0	\$10,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$258,800	\$0	\$0	\$258,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$258,800	\$0	\$0	\$258,800
TOTAL				1	\$600,900	\$0	\$0	\$600,900



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 30 de Noviembre de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

Bogota

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.	1047477383	SANTIAGO DEL CRISTO DE LA ROSA ARTEAGA	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: FRANKLIN DE LA ROSA MARQUEZ

C.C. 9.098.277 DE Cartagena



REPÚBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 5460052

NUIP 1.047.477.383

Tipo de certificado

Datos Esenciales ☐

Acreditar
Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

DE LA ROSA ARTEAGA SANTIAGO DEL CRISTO

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)

Sexo (en letras)

Tipo Sanguíneo

Año 2013 Mes M A R Día 01

MASCULINO

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

COLOMBIA BOLIVAR CARTAGENA

Fecha de Inscripción (Mes en letras)

Indicativo serial

Año 2013 Mes M A R Día 07

0051690807

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

ARTEAGA GOMEZ ROSMERY

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 45.538.940

COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

DE LA ROSA MARQUEZ FRANKLIN

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 9.098.277

COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

DE LA ROSA MARQUEZ FRANKLIN

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 9.098.277

Espacio para notas

VALIDO PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES Y PARA ACREDITAR PARENTESCO. ART.
115 DEC 1260 DE 1970

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio

COLOMBIA BOLIVAR CARTAGENA

Código

C Y W

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año 2013 Mes M A R Día 07

Nombre y firma del funcionario

ABRAHAM POSADA SAMPAYO

Registrador del Estado Civil



REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

- NUIP 1.047.477.303

REGISTRO DE NACIMIENTO CIVIL

Indicativo Serial

51690807

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐

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

REGISTRADURIA DE CARTAGENA - COLOMBIA - BOLIVAR - CARTAGENA

Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código ☐

Datos del inscrito

Primer Apellido DE LA ROSA Segundo Apellido ARTEAGA

Nombre(s) SANTIAGO DEL CRISTO

Fecha de nacimiento Año 2003 Mes MAR Día 03 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo Factor Rh

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO Numero certificado de nacido vivo 11834684-7

Datos de la madre Apellidos y nombre completos ARTEAGA GOMEZ ROSMERY

Documento de identificación (Clase y número) CC 45.538.940 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre Apellidos y nombre completos DE LA ROSA MARQUEZ FRANKLIN

Documento de identificación (Clase y número) CC 9.098.277 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante Apellidos y nombre completos DE LA ROSA MARQUEZ FRANKLIN

Documento de identificación (Clase y número) CC 9.098.277

Datos primer testigo Apellidos y nombre completos

Documento de identificación (Clase y número) CC 9.098.277

Datos segundo testigo Apellidos y nombre completos

Documento de identificación (Clase y número) CC 9.098.277

Datos tercer testigo Apellidos y nombre completos

Documento de identificación (Clase y número) CC 9.098.277

Datos cuarto testigo Apellidos y nombre completos

Documento de identificación (Clase y número) CC 9.098.277

Datos quinto testigo Apellidos y nombre completos

Documento de identificación (Clase y número) CC 9.098.277

Fecha de inscripción Año 2003 Mes MAR Día 03

Nombre y firma del funcionario que autoriza ABRAHAM POSADA SAMPAYO REGISTRAR

