



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 Noviembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	00615-607161

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	SALLY ESTHER MARTINEZ CANO	Banco a consignar:	BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía	1.098.745.385	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	semartinez@sena.edu.co	Número de Cuenta:	0234292852
IP/Nº de contacto:		Presta Servicios Excluidos de IVA:	NO
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	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:	7329624/2025	Nº Compromiso SIIF	1425	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: SERVICIOS PROFESIONALES DE CARACTER TEMPORAL, PARA APOYAR PROCESOS DE SEGUIMIENTO, EVALUACION Y CONTROL DE CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES DEL CSET EN COORDINACIONES ACADEMICAS Y APOYOS PL315D VR MES \$3.550.000				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/11/2025	Al	30/11/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 4.733.333
Número de pago	11			Valor Total del Contrato:	\$ 37.275.000
Valor Bruto Pago:	\$ 3.550.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 1.183.333

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 3.550.000	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	\$ 3.550.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.086.700	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Noviembre	Octubre			TARIFA
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	9494137443	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.086.700,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	Base retención en la fuente a título de ICA	3.144.200,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 178.000	\$ 178.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 227.800	\$ 227.800	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	\$ 7.500	\$ 7.500	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Reteica - 8211 - BUCARAMANGA	28.298,00	0,900%
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	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00	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	\$ 355.000	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	Sobretasa Bomberil	2.830,00	10,000%
Renta Exenta 25%	\$ 39.341.210	\$ 695.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 6.401.000	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR	\$3.518.872,00	

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS DIECIOCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Enviar correo de presentación de cuentas a los 122 contratistas del mes de NOVIEMBRE
Enviar correo de presentación de cuenta de terminación de contrato a contratistas del mes de NOVIEMBRE
Realicé la verificación de los documentos exigidos por la entidad de los contratistas como seguridad social, ARL y evidencias
Se realizó el envío de correos electrónicos advirtiendo riesgos y/o debilidades e imprecisiones que impidan continuar con el trámite
Se realizó la verificación de los documentos GF y GC de los contratistas
Realicé el informe de horas ejecutadas hasta el mes de OCTUBRE los instructores
Se realizó las obligaciones contractuales de 1 contratista
Realicé saloneo de los instructores asignados a la jornada nocturna

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumpli 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

**SALLY ESTHER MARTINEZ CANO
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,

**LEONARDO ALBERTO CASTELLANOS TRUJILLO
INSTRUCTOR G19**

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)**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1098745385		MARTINEZ CANO SALLY ESTHER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANSVERSAL 13# 12 41	PIEDECUESTA-SANTANDER	3043487806	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	1895673440	9494137443	I	2025/11/24	2025/11/04	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	\$441,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$7,500			\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$7,500			\$0	\$0
Ciudad: PIEDECUESTA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$7,500			\$0	\$0
1	CC 1098745385	MARTINEZ SALLY	25-14	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS010	30	\$1,423,500	\$178,000	CCF40	30	\$1,423,500	\$28,500	14-23	30	\$1,423,500	\$7,500	30		\$0	\$0
Total	Afiliados(1)				\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$7,500			\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1098745385		MARTINEZ CANO SALLY ESTHER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANSVERSAL 13# 12 41	PIEDECUESTA-SANTANDER	3043487806	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	1895673440	9494137443	I	2025/11/24	2025/11/04	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	\$441,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$7,500	\$0	\$0	\$7,500	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$7,500	\$0	\$0	\$7,500	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$28,500	\$0	\$0	\$28,500	
COMFENALCO SANTANDER	CCF40	890,201,578	7	1	\$28,500	\$0	\$0	\$28,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$441,800	\$0	\$0	\$441,800	



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BUCARAMANGA, 19 de agosto del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BUCARAMANGA

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	1146337805	SAMUEL DAVID BOHORQUEZ MARTINEZ	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,

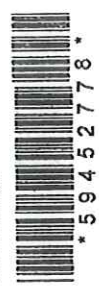
SALLY ESTHER MARTINEZ CANO
C.C. 1098745385



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO Indicativo Serial 59452778

NUIP 1146337805



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina
Registraduría [] Notaría [X] Número 11 Consulado [] Corregimiento [] Inspección de Policía [] Código DVE
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito
Primer Apellido BOHORQUEZ Segundo Apellido MARTINEZ
Nombre(s) SAMUEL DAVID
Fecha de nacimiento Año 2018 Mes JUN Día 28 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo "O" Factor RH POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos
CERTIFICADO NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo 14546067-3

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, esotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos
MARTINEZ CANO SALLY ESTHER
Documento de Identificación (Clase y número) CC 1098745385 BUCARAMANGA
Nacionalidad COLOMBIANA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, esotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos
BOHORQUEZ DIEGO JAVIER
Documento de Identificación (Clase y número) CC 1023868730 BOGOTA D.C
Nacionalidad COLOMBIANO

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos
BOHORQUEZ DIEGO JAVIER
Documento de Identificación (Clase y número) CC 1023868730 BOGOTA D.C
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 2018 Mes JUL Día 11
Nombre y firma del funcionario que autoriza
MARVIN MILEYDI DIAZ CORZO (E)
Nombre y firma

Reconocimiento paterno
Firma
Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
MARVIN MILEYDI DIAZ CORZO (E)
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS
Inscrito en el libro de varios Tomo 11 Folio 0000114- B/manga- 11/07/2018



EL SUSCRITO NOTARIO ONCE DEL CÍRCULO DE
BUCARAMANGA – SANTANDER



HACE CONSTAR QUE:

ES FIEL Y AUTÉNTICA FOTOCOPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DE
ESTA NOTARIA

SERIAL N° 59452778 DE 2018
A SOLICITUD DE: SALLY ESTHER MARTINEZ CANO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 1.098.745.385

VALIDO PARA: TRAMITES LEGALES

FIRMA SOLICITANTE: _____

PARENTESCO: MADRE

ESTE REGISTRO CIVIL TIENE VALIDEZ PERMANENTE
ESTA COPIA SOLO ES VÁLIDA PARA EL FIN SEÑALADO EN LA SOLICITUD DE
EXPEDICIÓN
SEGÚN ARTS. 115 DCTO LEY 1260 DE 1970 Y 1º DCTO. 278 DE 1972

FECHA DE EXPEDICION: 04 DE ENERO DE 2024

FABIAN LEONARDO INFANTE CACERES
NOTARIO ONCE DEL CIRCULO DE BUCARAMANGA

