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 DISTRITO CAPITAL**

**CENTRO DE MATERIALES Y ENSAYOS- BTÁ D.C.**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **921510** |
| **Fecha Elaboración** | **Noviembre de 2025** |
| **Versión** | **ENERO - 2.25** |
| **ID de Proceso** | **29603-246170** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | MARIA ANDREA SALCEDO HERNANDEZ | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 30.360.857 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | mariita70@misena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 84146667804 |
| **IP/Nº de contacto:** | 14903 | **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:** | 7357207/2025 | **Nº Compromiso SIIF** | **8025** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 11 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR:PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR(A) PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL POR COMPETENCIAS DE FORMA PRESENCIAL Y VIRTUAL EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES OFERTADAS POR EL CENTRO |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **01/11/2025 Al 30/11/2025** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 8.279.120 |
| **Número de pago** | **10** | **Valor Total del Contrato:** | $ 49.214.768 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 4.599.511,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 3.679.609 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.599.511 | 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** | **$ 4.599.511** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.704.460** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Noviembre | Octubre |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **91067158** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.839.804 | $ 1.839.804 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 230.000 | $ 230.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 294.400 | $ 294.400 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL I | | $ 9.700 | $ 9.700 |
| 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 | | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda | | $ - | |
| Dependientes hasta | | $ 459.951 | |
| Salud hasta | $ 796.784 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 36.062.775 | $ 901.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 8.019.000 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.704.460,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.075.111,00 | |
| 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 - 8299 - BOGOTÁ | 39.366,00 | 0,966% |
| - | 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% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$4.560.145,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL CIENTO CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ejecutar la formación profesional del programa Desarrollo y Multimedia y Web de las fichas 3186038.

Ejecutar la formación profesional del programa Desarrollo y Multimedia y Web de las fichas 3336529.

Ejecutar la formación profesional del programa en Animación Digital 3118337.

Ejecutar la formación profesional del programa en Coordinación de Procesos Logísticos de la ficha 3078057.

Ejecutar la formación profesional del programa en Análisis y desarrollo de Software de la ficha 2977398.

Orientar el desarrollo de cada una de las actividades de aprendizaje, y enviar correo de seguimiento y retención escolar.

Calificar y retroalimentar evidencias. Programar y realizar semanalmente sesiones de chat y sesiones.

Se realizaron sesiones sincrónicas con los aprendices.

**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



**MARIA ANDREA SALCEDO HERNANDEZ**
**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,



**RUBEN DARIO MONTOYA ZAPATA**
**INSTRUCTOR**

**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**
**CAROLINA HERNANDEZ VARGAS**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

07/11/25 08:48:19 USUARIO: SIC - C.C. 30360857

compensar | miplanilla.com

# REPORTE RESUMEN DE PAGO

## Información básica de la planilla

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Empresa:** | MARIA ANDREA SALCEDO HERNANDEZ | **NIT:** | 30360857 |
| **Tipo Planilla:** | I | **Periodo liquidación Pensiones:** | octubre 2025 |
| **Sucursal o Dependencia:** | PRINCIPAL | **Periodo liquidación Salud:** | octubre 2025 |
| **Número de Radicación:** | 91067158 | **Total a pagar:** | $534,100 |
| **Fecha de vencimiento:** | 18/11/2025 | **Total de empleados:** | 1 |
| **Fecha de Pago:** | 07/11/2025 | **Número de Administradoras:** | 3 |

## Detalles del pago

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón social recaudo:** | Compensar OI | **Nit recaudo:** | 9998600669427 |
| **Descripción:** | MiPlanilla.com Pago Proteccion Social | **Medio de Pago:** | Pago Electronico por PSE |
| **Banco:** | BANCOLOMBIA | **Número Autorización:** | 1911067046 |
| **Estado de la transacción:** | Transacción aprobada | | |

| Código | NIT | Administradoras | Num. Afiliados | *Número de incapacidad por riesgos laborales | Valor descontado en incapacidad y/o licencia | Total Pagado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 1 | | $0 | $9,700 |
| 230301 | 800224808 | Porvenir | 1 | | $0 | $294,400 |
| EPS005 | 800251440 | Sanitas EPS | 1 | | $0 | $230,000 |
| | | | | | | $534,100 |

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

PAGADA

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

Bancolombia

# Comprobante en línea

7 Nov 2025 08:35:42

Pago PSE

## Pago exitoso

CUS 1911067046

Comercio
**COMPENSAR-OI**

Referencia 1

Fecha
**7 Nov 2025 08:35:42**

Referencia 2
**CC**

Número de factura
**91067158**

Referencia 3
**30360857**

Descripción del pago
**MiPlanilla.com Pago Proteccion Social**

Valor del Pago
**$534.100**

Número de comprobante
**TR0832327046**

Costo de la transacción
**$ 0**

Producto origen
**Ahorros - Bancolombia**
****** 7804**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

IBAGUE, 5 de Febrero del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
IBAGUE

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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| TI | 1123812590 | Judá Emanuel Beltrán Salcedo | 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,



MARIA ANDREA SALCEDO HERNANDEZ
C.C. 30360857

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

**NUIP** 1.123.812.590

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo Serial** 53098018

*Datos de la oficina de registro - Clase de oficina*

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [0 4] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** [X X X]

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

NOTARIA 4 VILLAVICENCIO - COLOMBIA - META - VILLAVICENCIO

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| BELTRAN | SALCEDO |

**Nombre(s)**

JUDA EMANUEL

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2013 Mes OCT Día 25 | MASCULINO | O | POSITIVO |

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

COLOMBIA META VILLAVICENCIO

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 12025793-2 |

*Datos de la madre*

**Apellidos y nombres completos**

SALCEDO HERNANDEZ MARIA ANDREA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 30.360.857 | COLOMBIA |

*Datos del padre*

**Apellidos y nombres completos**

BELTRAN IZQUIERDO FREDY ALBERTO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 86.059.598 | COLOMBIA |

*Datos del declarante*

**Apellidos y nombres completos**

BELTRAN IZQUIERDO FREDY ALBERTO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 86.059.598 | Fredy A Beltran |

*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 2013 Mes NOV Día 05 | GERMAN VALENZUELA REAL - NOTARIO<br>Nombre y firma |

| *Reconocimiento paterno* | *Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento* |
|---|---|
| Firma | Nombre y firma |

ESPACIO PARA NOTAS

ES FIEL COPIA TOMADA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN NUESTRA NOTARIA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

*53098018*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

1.123.812.590
NÚMERO

BELTRAN SALCEDO

APELLIDOS

JUDA EMANUEL

NOMBRES

Emqhuel

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-OCT-2013

VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

25-OCT-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G S RH

M
SEXO

21-DIC-2020 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONA
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-5200100-01192825-M-1123812590-20201222 0072927019A 1 8501205868