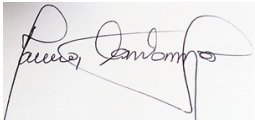


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) REGIONAL TOLIMA CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-TOLIMA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		73		
			Código Centro		931010		
			Fecha Elaboración		Noviembre de 2025		
			Versión		ENERO - 2.25		
			ID de Proceso		80782-673602		
DATOS DEL CONTRATISTA							
Nombres y apellidos:		NORMA CONSTANZA MORALES CRUZ		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA	
Cédula de Ciudadanía		65.765.141		Tipo de cuenta:		AHORROS	
Correo electrónico:		ncmcruz@sena.edu.co		Número de Cuenta:		15395628558	
IP/N° de contacto:		3214982893		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							
N° del contrato:		7319785/2025	N° Compromiso SIIF		10225	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar servicios profesionales de carácter temporal y como apoyo a la gestión, desempeñando el rol de Evaluador para contenidos inclusivos y accesibles para realizar la construcción, análisis y establecimiento de directrices, adaptación y revisión de los recursos educativos digitales que garanticen la aplicación de criterios de accesibilidad e inclusividad educativa para los programas en					
DATOS PERIODO DEL PAGO							
Del		01/11/2025	Al		30/11/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 9.481.700
Número de pago		10				Valor Total del Contrato:	\$ 52.149.350
Valor Bruto Pago:		\$ 4.740.850,00				Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 4.740.850
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
Ingresos por honorarios		\$ 4.740.850		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		\$ 4.740.850		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.787.265		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR							
		Noviembre	Octubre	Base retención en la fuente a título de RENTA		2.787.265,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	35088697	Base retención en la fuente a título de ICA		4.740.850,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.896.340	\$ 1.896.340	Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 237.100	\$ 237.100	IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 303.500	\$ 303.500	Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA		0,00	15%
ARL		\$ 9.900	\$ 9.900	Reteica - 8560 - IBAGUE		23.704,00	0,500%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				0,00	0%
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		\$ -					
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		Bomberos		1.422,00	6,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		Otras Retenciones		0,00	0,000%
Dependientes hasta		\$ 474.085		Otras Retenciones		0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones		0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$36.062.775	\$ 929.000	Otras Retenciones		0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 8.361.000					
Retención en la Fuente Contingente		\$		Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
				VALOR A PAGAR		\$4.715.724,00	
SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS QUINCE MIL SETECIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE							
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
Durante el periodo del 1 al 30 de noviembre asistí a la reunión para recibir orientaciones y lineamientos para la producción del programa Desarrollo de Habilidades para la Valoración de Apoyos de Personas con Discapacidad - 33130242 durante el día 5 de noviembre y a la reunión realizada para la revisión de imágenes de este mismo programa.							
Asistí a la reunión de seguimiento convocada por la l+der de la línea de producción realizada el día 31 de octubre de 2025.							
Ajusté los CFA1 y CFA2 del programa Diseño de Políticas de Ciberseguridad de la Información - 21720209. Elaboré los CFA1, CFA2 y CFA3 del programa Desarrollo de Habilidades para la Valoración de Apoyos de Personas cnn Discapacidad - 33130242 y elaboré los CFA1 y CFA2 del programa Procesamiento de textos con Microsoft Word en la gestión de documentos - 13410565.							
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							
				NORMA CONSTANZA MORALES CRUZ EL CONTRATISTA			
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;							
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.				MARTHA LUCIA AYALA JARA PROFESIONAL G04			
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 ALVARO FREDY BERMUDEZ SALAZAR SUBDIRECTOR DE CENTRO G02							



RAZÓN SOCIAL :	NORMA CONSTANZA MORALES CRUZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-65765141
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	02
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	SERVICIOS
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-11-15
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-11-18
FECHA DE PAGO:	2025-11-18
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2025-10
PERÍODO SALUD:	2025-10
NÚMERO PLANILLA:	35088697
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	35088697
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	1	\$ 1.900.000	\$ 0	\$ 0	\$ 900	\$ 237.500	\$ 238.400
230201	800229739	PROTECCION	1	\$ 1.900.000	\$ 0	\$ 0	\$ 1.200	\$ 304.000	\$ 305.200
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.900.000	\$ 0	\$ 0	\$ 100	\$ 10.000	\$ 10.100
CCF48	800211025	COMFATOLIMA	1	\$ 1.900.000	\$ 0	\$ 0	\$ 100	\$ 11.400	\$ 11.500
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 2.300	\$ 562.900	\$ 565.200

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	10/12/2025
----------------------------------	------------



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Ibagué, 30 de noviembre 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 párrafo 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	1107986478	LORIÁN ARIANNA MONTENEGRO MORALES	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: NORMA CONSTANZA MORALES CRUZ

C.C. 65.765.141 de Ibagué, Tolima

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP	1107986478
------	------------

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

56203011

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría ☐	Notaría ☒	Número ☐ 6 ☐	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	T 6 B
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía							
COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE							

Datos del inscrito							
Primer Apellido				Segundo Apellido			
MONTENEGRO				MORALES			
Nombre(s)							
LORIAN ARIANNA							
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH	
Año	2	0	1	5	Mes	JU	N
					Día	2	3
				FEMENINO	A	POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)							
COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE							

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	52732413-8

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
MORALES CRUZ NORMA CONSTANZA	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 65765141 de IBAGUE TOLIMA	COLOMBIANA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
MONTENEGRO ORTIZ JAMIT ARMANDO	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 14399532 de IBAGUE TOLIMA	COLOMBIANO

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
MORALES CRUZ NORMA CONSTANZA	
Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 65765141 de IBAGUE TOLIMA	

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	0	1	5	Mes	JU	N	Día	3	TERESA DE JESUS ALDANA ORTIZ
									Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

56203011