



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 NARIÑO

CENTRO AGROINDUSTRIAL Y PESQUERO DE LA COSTA PACIFICA NARIÑO F.P.

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

Código Regional	52
Código Centro	953510
Fecha Elaboración	Noviembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	38393-921447

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LEIDY VANESA QUIÑONES LANDAZURI	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.087.111.838	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	lquinonesl@sena.edu.co	Número de Cuenta:	0550488452044073
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	NO
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?			
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000			
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)			
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?			
Concepto del pago corresponde a:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	8043154/2025	Nº Compromiso SIIF	62025	Número de pagos durante la vigencia del contrato	6
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES TEMPORALES, EN LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS LABORALES DEL SENA, Y CONSTRUCCIÓN Y REVISIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN, EN LAS FUNCIONES PRODUCTIVAS O EN LAS ÁREAS CLAVES DE SALU				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/11/2025	Al	30/11/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 7.582.667
Número de pago	5			Valor Total del Contrato:	\$ 26.458.667
Valor Bruto Pago:	\$ 4.840.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 2.742.667

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.840.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 1.672.207	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 6.512.207	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 3.946.986	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	3.946.986,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	7991526921	Base retención en la fuente a título de ICA	0,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.936.000	\$ 1.936.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 242.000	\$ 242.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 309.800	\$ 309.800	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
ARL	\$ 47.200	\$ 47.200	Reteica - 8299	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-		0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-		0,00	0,000%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-		0,00	0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	-		0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -	-	Estampilla Prodesarrollo UDENAR	32.561,00	0,500%
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	\$ 651.221	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 19.670.605	\$ 1.315.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 5.437.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	-	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	\$4.807.439,00	

SON: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS SIETE MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Recolección de evidencias de conocimiento a los candidatos a certificarse
Recolección de evidencias de desempeño a los candidatos a certificarse
Recolección de evidencias de Producto a los candidatos a certificarse
Participar en la transferencia de conocimientos y/o reuniones del proceso a desarrollarse para los evaluadores de ECCL
Construir los ítems e indicadores de un proyecto de instrumento de ECCL
Contribuir al cumplimiento de la meta de los indicadores del proceso ECCL del Centro de formación, realizando 50 certificaciones
Participar en mesas técnicas de estrategias para el aseguramiento de la calidad de los ítems e indicadores de evaluación
Contribuir en la elaboración de informes, reportes y demás documentos relativos al desarrollo de la evaluación de competencias laboral

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

Firmado digitalmente por LEIDY VANESA QUIÑONES LANDAZURI
Fecha: 2025.11.18 08:57:34 -05'00'

**LEIDY VANESA QUIÑONES LANDAZURI
EL CONTRATISTA**

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
- 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,

**CARLOS ARTURO RAMIREZ ESCOBAR
PROFESIONAL G03**

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
JOSE TIRSO POLO VALLEJO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	108711838	NÚMERO PLANILLA:	7991526921	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	TUMACO	DEPARTAMENTO:	LEIDY VANESA QUINONES LANDAZURI	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	BRISAS DEL AEROPUERTO	TELÉFONO:	NARINO	DÍAS DE MORA:	0		2025
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	7274126	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/11/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1922949724
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de la salud humana.				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO						
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS				FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO			
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 309.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 309.800	\$ 0	\$ 0	\$ 309.800	
SUBTOTALES:											\$ 309.800	\$ 0	\$ 0	\$ 309.800	

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 242.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 242.000	\$ 0	\$ 0	\$ 242.000	
SUBTOTALES:											\$ 242.000	\$ 0	\$ 0	\$ 242.000		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES														
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES					
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO		
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 47.200	\$ 47.200	\$ 47.200	\$ 0	\$ 0	\$ 47.200	\$ 0	
SUBTOTALES:											\$ 47.200	\$ 0	\$ 0	\$ 47.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																							
DATOS DEL COTIZANTE														NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL														PARAFISCALES													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SALUD				ARP				CCF					SEN	ICBF	ESAP	MINEDU									
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN					DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 108711838	QUINONES LANDAZURI LEIDY VANESA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.936.000				NO																	230301-PORVENIR	30	1.936.000	\$ 309.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 309.800	EPS037-NUEVA EPS	30	1.936.000	\$ 242.000	\$ 0	\$ 242.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.936.000	\$ 108711838	\$ 47.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 599.000



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

PASTO, 4 de Julio del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
PASTO

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	1087836515	Genesis Akira Cortes Quiñones	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,

Firmado digitalmente por LEIDY
VANESA QUIÑONES LANDAZURI
Fecha: 2025.10.16 20:46:34
-05'00'

LEIDY VANESA QUIÑONES LANDAZURI
C.C. 1087111838



**REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**

NUIP 1.087.836.515

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

59970666

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría <input type="checkbox"/>	Notaría <input checked="" type="checkbox"/>	Número <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código	M	E	T
Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía									
NOTARIA 1 TUMACO - COLOMBIA - NARIÑO - TUMACO									

Datos del inscrito

Primer Apellido				Segundo Apellido			
CORTES				QUINONES			
Nombre(s)							
GENESIS AKIRA							
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo	Factor RH
Año	2	0	1	Mes	E	N	E
				Día	1	8	
				FEMENINO		A	POSITIVO
Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)							
COLOMBIA NARIÑO TUMACO							

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	15158902-1

Datos de la 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		Nacionalidad	
QUINONES LANDAZURI LEIDY VANESA		COLOMBIA	
Documento de Identificación (Clase y número)			
CC 1.087.111.858			

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos		Nacionalidad	
CORTES TENORIO ROBERT FRANKLIN		COLOMBIA	
Documento de Identificación (Clase y número)			
CC 98.429.297			

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos		Firma	
CORTES TENORIO ROBERT FRANKLIN			
Documento de Identificación (Clase y número)			
CC 98.429.297			

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos		Firma	
Documento de Identificación (Clase y número)			

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos		Firma	
Documento de Identificación (Clase y número)			

Fecha de inscripción

Fecha de inscripción				Nombre y firma del funcionario que autoriza	
Año	2	0	1	Mes	F
				Día	E
					B
					1
					2
				ELSA MIREYA SALAZAR RODRIGUEZ - N	
				Nombre y firma	

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -