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 CAUCA

CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL CAUCA

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

Código Regional	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**85325-645172**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ANGELA MARCELA JIMENEZ ANACONA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.032.435.038	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	amjimenez@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	17400049505
IP/Nº de contacto:	20630	**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:	Honorarios profesionales a persona declarante de renta
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7403998/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**19625**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONSTRATISTA IMPARTIENDO FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL PRESENCIAL Y/O A DISTANCIA EN EL PROYECTO LA COORDINACION ACADEMICA TITULADA DEL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS, EN LA RED: HOTELERIA Y TURISMO EN EL DEPARTAMENTO DEL

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/09/2025 Al 30/09/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 13.798.533
Número de pago	**8**	**Valor Total del Contrato:**	$ 45.995.110
Valor Bruto Pago:	**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 9.199.022

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.511	Honorarios profesionales a persona declarante de re	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 857.534	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.457.045**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.283.210**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9490784034**
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		$ 545.705	
Salud hasta	$ 796.784	$ 30	
Renta Exenta 25%	$ 32.784.341	$ 1.094.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 7.671.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.283.210,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	5.457.045,00	
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 - 8551 - POPAYAN	10.914,00	0,200%
-	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	**$4.588.597,00**	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Desarrollar formacion complementaria en la ficha 3318464 EL TAMBO CAUCA

Desarrollar formación complementaria en la ficha 3308242 PUERTO TEJADA CAUCA

Desarrollar formación complementaria en la ficha 3343786 EL TAMBO CAUCA

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



Firmado digitalmente por ÁNGELA JIMÉNEZ
Fecha: 2025.10.09 06:39:51 -05'00'

ANGELA MARCELA JIMENEZ ANACONA
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



Firmado digitalmente por Ada Lorena Ceron Rosero
Fecha: 2025.11.26 15:19:09 -05'00'

ADA LORENA CERON ROSERO
INSTRUCTOR G20

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
HENRY ARMANDO MORALES FERNANDEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032435038		JIMENEZ ANACONA ANGELA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 10 6N 05	POPAYAN-CAUCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1798682816	9490784034	I	2025/09/09	2025/09/24	BANCOLOMBIA	15	$550,500

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)					$1,839,811	$294,400			$1,839,811	$230,000			$1,839,811	$11,100			$1,839,811	$9,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,839,811	$294,400			$1,839,811	$230,000			$1,839,811	$11,100			$1,839,811	$9,700		$0	$0
Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA (1 Afiliados)					$1,839,811	$294,400			$1,839,811	$230,000			$1,839,811	$11,100			$1,839,811	$9,700		$0	$0
1	CC 1032435038	JIMENEZ ANGELA	230301	30	$1,839,811	$294,400	EPS037	30	$1,839,811	$230,000	CCF14	30	$1,839,811	$11,100	14-23	30	$1,839,811	$9,700	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,839,811	$294,400			$1,839,811	$230,000			$1,839,811	$11,100			$1,839,811	$9,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032435038		JIMENEZ ANACONA ANGELA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 10 6N 05	POPAYAN-CAUCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1798682816	9490784034	I	2025/09/09	2025/09/24	BANCOLOMBIA	15	$550,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$294,400	$2,800	$0	$297,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$294,400	$2,800	$0	$297,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,700	$100	$0	$9,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,700	$100	$0	$9,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,100	$200	$0	$11,300
COMFACAUCA	CCF14	891,500,182	0	1	$11,100	$200	$0	$11,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,000	$2,200	$0	$232,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$230,000	$2,200	$0	$232,200
TOTAL				1	$545,200	$5,300	$0	$550,500

Gmail **ANGELA MARCELA ANACONA <angelamarcelaanacona@gmail.com>**

Alertas y Notificaciones

Alertas y Notificaciones <alertasynotificaciones@an.notificacionesbancolombia.com> Wed, Sep 24, 2025 at 12:03 AM
Reply-To: Alertas y Notificaciones <alertasynotificaciones@an.notificacionesbancolombia.com>
To: angelamarcelaanacona@gmail.com



¡Listo!

Todo salió bien con tus movimientos

Bancolombia: Pagaste $550,500.00 a APORTES EN LINEA desde tu producto *9505 el 24/09/2025 00:03:15. ¿Dudas? Llamanos al 6045109095 o 018000931987. Estamos cerca.



¿Quieres ver el equilibrio de tus gastos y tus ingresos? Haz eso y mucho más desde Día a Día en nuestra **app Mi Bancolombia.**



DESCUBRIR MÁS

Esto es un mensaje automático. Por favor, no contestes. Estamos para ti en nuestros **canales de atención**. Gracias por elegirnos.



Tu seguridad es nuestra prioridad:

- **Protege tus datos.** No des información confidencial por llamadas o enlaces de correos.
- **Ingresa siempre a la Sucursal Virtual Personas.** Escribe www.bancolombia.com directamente en la barra de tu navegador. Evita enlaces antiguos o usados.

- **Cuida tu usuario, clave, número de tarjeta de crédito, fecha de vencimiento y código de seguridad.** No los compartas.
- **Cuando compres, no pierdas de vista tu tarjeta.** Revisa que si sea la tuya. Márcala para reconocerla con facilidad.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Bancolombia

Por tu seguridad, desde **Bancolombia** nunca te solicitaremos tus datos personales, como usuario y clave; ni tus datos bancarios, como números de tarjetas de crédito, códigos de seguridad y plazos. Ninguno de nuestros agentes te pedirá ni por escrito ni por teléfono este tipo de información. Para comprobar la autenticidad de este correo electrónico o cualquier otra comunicación que recibas de nosotros, reenvíalo a **correosospechoso@bancolombia.com.co**.

¿Tienes dudas? Llámanos y las resolvemos.

En Bogotá **(601) 343 0000**, Medellín **(604) 510 9000**, Cali **(602) 554 0505**, Barranquilla **(605) 361 8888**, Bucaramanga **(607) 697 2525**, Cartagena **(605) 693 4400**, Resto del país **018000912345**. Sede principal Carrera 48 # 26-85 Torre Norte. Medellín - Colombia

FORMATOCERTIFICACIONDEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Popayán junio 2025

Señores
SERVICIONACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

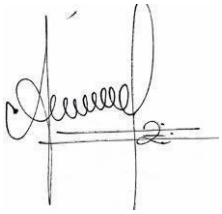
Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el 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:

R.C 1.058.941.788	**ANTONELLA**	**GRANOBLES JIMÉNEZ**	**HIJA**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

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.



Firmadelcontratista:

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP	1058941788

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58305166

1/2

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría		Notaría	X	Número		Consulado		Corregimiento		Inspección de Policía		Código	F	2	H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - CAUCA - POPAYAN NOTARIA 2 POPAYAN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GRANOBLES	JIMENEZ

Nombre(s)
ANTONELLA

Fecha de nacimiento												Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año	2	0	2	0	Mes	J	U	L	Día	2	8	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - CAUCA - POPAYAN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	159377276

Datos de padre o padre (Para casos de padres indígenas con base exclusiva a pautas del mismo uso, acorde al procedimiento que indiquen los documentos para el registro civil del inscrito)

Apellidos y nombres completos

JIMENEZ ANACONA ANGELA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1032435038	COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de padres indígenas con base exclusiva a pautas del mismo uso, acorde al procedimiento que indiquen los documentos para el registro civil del inscrito)

Apellidos y nombres completos

GRANOBLES SALAZAR JAVIER MAURICIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 16323805	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GRANOBLES SALAZAR JAVIER MAURICIO

Documento de identificación (Clase y número)	
CC No. 16323805	

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 2020 Mes AGO Día 28	DIEGO FABIAN DELGADO GOMEZ (E)
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	DIEGO FABIAN DELGADO GOMEZ (E)
	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

• ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO.

Powered by CamScanner