



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 QUINDÍO  
DESPACHO REGIONAL-APORTES

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

Código Regional	63
Código Centro	101063
Fecha Elaboración	Noviembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	89250-138044

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	NORMA VIOLETH PLAZAS SILVA	Banco a consignar:	BANCO FALABELLA
Cédula de Ciudadanía	40.730.679	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	nvplazas@sena.edu.co	Número de Cuenta:	115080114144
IP/Nº de contacto:	44953	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?			
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:	7270807/2025	Nº Compromiso SIIF	2125	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LOS PROCESOS DE RELACIONAMIENTO ESTRATÉGICO PARA LA ATENCIÓN DEL SECTOR EMPRESARIAL RAD 63-9-2025-000515				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/11/2025	Al	30/11/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 9.558.712
Número de pago	11			Valor Total del Contrato:	\$ 54.325.346
Valor Bruto Pago:	\$ 4.779.356,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 4.779.356

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Ingresos por honorarios	\$ 4.779.356	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 4.779.356</b>	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.809.520</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Noviembre	Octubre	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.809.520,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	91409531	Base retención en la fuente a título de ICA	0,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.911.742	\$ 1.911.742	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 239.000	\$ 239.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 305.900	\$ 305.900	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
ARL	\$ 10.000	\$ 10.000	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	\$ -	-	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	\$ 477.936	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 39.341.210	\$ 937.000	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 8.724.000	-		0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	-	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.779.356,00</b>	

**SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Brindar respaldo en las iniciativas para promover los servicios del SENA y difundir el portafolio de servicios a Empresas Regionales
Registrar de manera precisa las actividades diarias mediante el aplicativo CRM correspondiente o el que haga sus veces
Participar en la gestión de los requerimientos empresariales, asignándolos al grupo integrador correspondiente
Colaborar en el desarrollo de informes y estadísticas de resultados, así como ofrecer recomendaciones para mejorar los procedimientos
Atender con prontitud y efectividad las solicitudes, condiciones y/o recomendaciones que dentro de los términos del contrato formul

**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

**NORMA VIOLETH PLAZAS SILVA  
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,

**BRIAN ABDÓN RINCÓN BETANCOURT  
PROFESIONAL G01**

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 FERNANDEZ HERNANDEZ  
DIRECTOR REGIONAL G05**

[← Atrás](#)

# Aprobada CUS

## 1922150047



¡Hola, norma violeth plazas silva!

Estado de la Transacción: Aprobada 

**Los siguientes son los  
datos de tu  
transacción:**

**Valor:** \$ 930.700

**Empresa:**

COMPENSAR-OI

**Descripción:**

MiPlanilla.com Pago

Proteccion Social

**Fecha de la transacción:**

11/11/2025

**CUS:** 1922150047

Gracias por utilizar  
nuestro servicio.



Nuevo mensaje

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	40730679	NORMA VIOLETH PLAZAS SILVA		bioma mz i casa 1	3148863058	norymar19@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			QUINDIO	CALARCÁ	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	12/11/2025	91409531	\$930.700	

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**
**TOTALES SALUD**

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	375.000	0		0		0	0	0	0	375.000	1

**TOTALES PENSIÓN**

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	480.000	0	0	0	0	0	0	0	480.000	1

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	15.700				15.700	0	0	15.700			157	15.700	1

**TOTALES CAJAS**

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF43	Comfenalco Quindío	890000381-0	60.000	0	0	60.000	1

**TOTALES PARAFISCALES**

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	375.000	375.000
Pensión	1	480.000	480.000
Riesgos Laborales	1	15.700	15.700
CCF	1	60.000	60.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>930.700</b>	<b>930.700</b>

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	40730679	NORMA VIOLETH PLAZAS SILVA	bioma mz i casa 1	3148863058	norymar19@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I – Independiente			QUINDIO	CALARCÁ

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-10	2025-10	\$930.700				

DETALLE POR COTIZANTE																																													
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES						PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	40730679	PLAZAS SILVA NORMA VIOLETH	59	0	N																		25-14	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS005	-3.000.000	375.000	14-23	3.000.000	1	15.700	CCF43	3.000.000	60.000	0	0	0	0	0

# PAGADA



### FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Armenia, Quindío 29 de enero 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 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, tienen la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	10900276656	FEDERICO GARCIA PLAZAS	HIJO
------	-------------	------------------------	------

Toda vez que cumple con los siguientes requisitos:

- 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,

Nombre: **NORMA VIOLETH PLAZAS SILVA**  
C.C. 40730679 de El Doncello Caquetá

07 DIC 2021



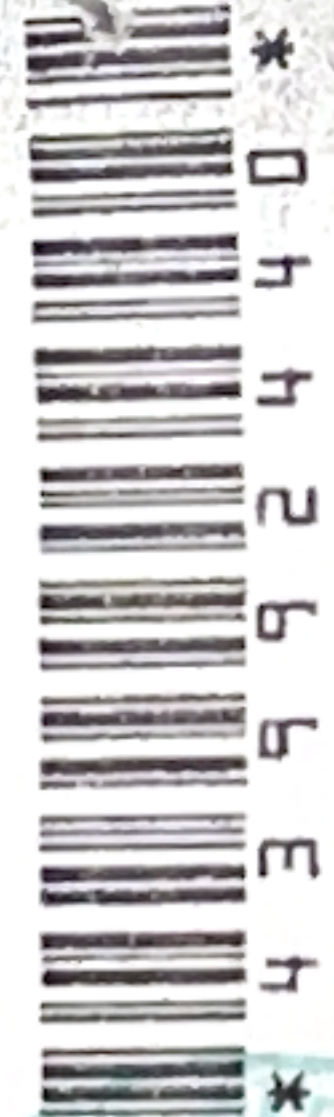
ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.090.276.656

**REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO**

Indicativo  
Serial

43992440



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría <input type="checkbox"/>	Notaría <input checked="" type="checkbox"/>	Número 01	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código N 1 Z
----------------------------------------	---------------------------------------------	-----------	------------------------------------	----------------------------------------	------------------------------------------------	--------------

Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía  
**COLOMBIA QUINDIO ARMENIA**

Datos del Inscrito

Primer Apellido **GARCIA** Segundo Apellido **PLAZAS**

Nombre(s) **FEDERICO**

Fecha de nacimiento Año **2010** Mes **JUN** Día **29** Sexo (en letras) **MASCULINO** Grupo sanguíneo **O+** Factor RH **POSITIVO**

Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)  
**COLOMBIA QUINDIO ARMENIA**

Tipo de documento antecedente o Declaración de certigos **CERTIFICADO DE NACIDO VIVO** Número certificado de nacido vivo **10081055-3**

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos **PLAZAS SILVA NORMA VIOLETH**

Documento de identificación (Clase y número) **C.C 40.730.679 DEL DONCELLO** Nacionalidad **COLOMBIANA**

Datos del padre

Apellidos y nombres completos **GARCIA ARIAS CARLOS MARTIN**

Documento de identificación (Clase y número) **C.C 18.392.212 DE CALARCA/QUINDIO** Nacionalidad **COLOMBIANO**

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos **GARCIA ARIAS CARLOS MARTIN**

Documento de identificación (Clase y número) **C.C 18.392.212 DE CALARCA/QUINDIO** 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 **2010** Mes **JUL** Día **06**

NOTARIA PRIMERA  
Nombre y firma del funcionario que autoriza  
**Juan Manuel Sossa Uruena**  
**JUAN MANUEL SOSSA URUENA (E)**

Reconocimiento paterno  
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento  
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

