



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 ANTIOQUIA

COMPLEJO TECNOLÓGICO AGROINDUSTRIAL PECUARIO Y TURISTICO - ANTIOQUIA

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

Código Regional	5
Código Centro	950410
Fecha Elaboración	Diciembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	82211-549823

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	YESID RENE PEREZ BERTEL	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	72.173.481	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	yrperez@sena.edu.co	Número de Cuenta:	50600067475
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:	7445719/2025	Nº Compromiso SIIF	18225	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b> (Descripción del servicio prestado)		Prestar servicios personales de carácter temporal para impartir formación Profesional Titulada y/o complementaria en la red de conocimiento pecuaria, modalidad presencial en el Complejo Tecnológico Agroindustrial, Pecuario y Turístico.			

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/11/2025	Al	30/11/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 7.512.535
Número de pago	10			Valor Total del Contrato:	\$ 47.528.281
Valor Bruto Pago:	\$ 4.599.511,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 2.913.024

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

Ingresos por honorarios	\$ 4.599.511	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>\$ 4.599.511</b>	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.704.460</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			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	4624306836	Base retención en la fuente a título de ICA	2.704.460,00	TARIFA	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.839.804	\$ 1.839.804	Base retención en la fuente a título de IVA	4.075.111,00		
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 230.000	\$ 230.000	Valor base IVA	0,00		
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 294.400	\$ 294.400	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%	
ARL	\$ 9.700	\$ 9.700	Menos Retención IVA	0,00	15%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Reteica - 8299	0,00	0,400%	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			0,00	0,400%	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			0,00	0,400%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -			0,00	0,400%	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -		Jaime Isaza Cadavid	18.398,00	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	\$ 459.951		Otras Retenciones	0,00	0,000%	
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%	
Renta Exenta 25%	\$ 36.062.775	\$ 901.000	Otras Retenciones	0,00	0,000%	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 7.940.000		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00		
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.581.113,00</b>		

**SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y UN MIL CIENTO TRECE PESOS M/CTE**

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

Prestar servicios personales de carácter temporal para impartir formación Profesional Titulada y/o complementaria en la red de conocimiento

<b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b>	
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	<b>YESID RENE PEREZ BERTEL</b> <b>EL CONTRATISTA</b>

**CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:	<u>Autorizo</u> el presente pago. El Supervisor,
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;	<b>MARICELA BARRERA MONTAÑEZ</b> <b>INSTRUCTOR G13</b>
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.	

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**  
**HAROLD EDUARDO VELEZ CASTRO**  
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

## 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:	72173481	NÚMERO PLANILLA:	<b>4624306836</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	SINCELEJO	DEPARTAMENTO:	YESID RENE PEREZ BERTEL	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	CLL16 N 16 47 CHACURI	TELÉFONO:	SUCRE	DÍAS DE MORA:	0	AÑO:	2025
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/11/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9994594536
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
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	DESCUENTO	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 294.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 294.400	\$ 0	\$ 0	\$ 294.400
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 294.400</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 294.400</b>

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
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 230.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 230.000	\$ 0	\$ 0	\$ 230.000
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 230.000</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 230.000</b>	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		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	\$ 19.300	\$ 19.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 19.300	
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 19.300</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 19.300</b>

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																		
DATOS DEL COTIZANTE															NOVEDADES																																			
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																									
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	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	CCF	SENA	ICBF	ESAP
1	CC 72173481	PEREZ BERTEL YESID RENE	INDEPENDIENTE	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$ 1.839.764				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	1.839.764	\$ 294.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 294.400	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	1.839.764	\$ 230.000	\$ 0	\$ 230.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.839.764	\$ 19.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

**TOTAL PAGADO: \$ 543.700**



## FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Apartado, 19 de diciembre 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, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

<b>T.I.</b>	<b>1103503782</b>	<b>Mariángel Perez Benito Revollo</b>	<b>HIJO</b>

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

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,

A handwritten signature in black ink is visible, appearing to read "Yesid Rene Perez Berテル". The signature is written in a cursive style and is positioned above a horizontal line.

---

FIRMA

Nombre: YESID RENE PEREZ BERTEL

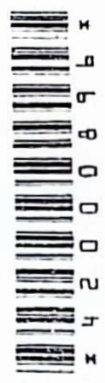
C.C. 72.173.481



NUIP 1103503782

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 4 2000896



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina						
Registraduría <input type="checkbox"/>	Nora <input checked="" type="checkbox"/>	Número <input type="checkbox"/>	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código RXQ
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía						
COLOMBIA SUCRE SINCELEJO						

Datos del inscrito	
Primer Apellido PEREZ	Segundo Apellido BENITO REVOLLO
Nombre(s) MARIANGEL	
Fecha de nacimiento Año 2009 Mes MAR Día 14	Sexo (en letras) FEMENINO
Grupo Sanguíneo A	Factor RH NEGATIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)	
COLOMBIA SUCRE SINCELEJO	

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO NACIDO VIVO	Número serializado de nacido vivo 51433912
--	---

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos BENITO REVOLLO OTERO ADRIANA SOFIA	
Documento de identificación (Clase y número) C.C 64563755 SINCELEJO	Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos PEREZ BERTEL YESID RENE	
Documento de identificación (Clase y número) C.C 72173481 BARRANQUILLA	Nacionalidad COLOMBIANO

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos PEREZ BERTEL YESID RENE	
Documento de identificación (Clase y número) C.C 72173481 BARRANQUILLA	Firma <i>[Firma manuscrita]</i>

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 2009 Mes MAR Día 14	Nombre y firma del funcionario que autoriza LIBIA MARGOTH LUNA DE VASQUEZ <i>[Firma]</i>
---	--

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

ESPACIO PARA NOTAS

*[Espacio con líneas para notas y un sello]*

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —