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 BOLÍVAR

CENTRO PARA LA INDUSTRIA PETROQUÍMICA-BOLÍVAR

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

Código Regional	**13**
Código Centro	**921810**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**14951-260767**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	YELITZA VASQUEZ OSORIO	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.047.446.668	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	yvasquez87@misena.edu.com	**Número de Cuenta:**	488400784333
IP/Nº de contacto:	3046466188	**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**	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	SI
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

Nº del contrato:	7712359/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**39325**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	PRESTAR LOS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR EN EL AREA DE ELABORACION DE PRODUCTOS QUIMICOS DE ASEO.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/12/2025**	**Al**	**23/12/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 3.526.291
Número de pago	**9**			**Valor Total del Contrato:**	$ 40.322.379
Valor Bruto Pago:			**$ 3.526.291,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.526.291	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	**$ 3.526.291**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.064.962**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9496675442**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.423.500	$ 1.839.804
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.000	$ 230.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 227.800	$ 294.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 14.900	$ 19.300
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		$ 352.629	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 29.505.907	$ 688.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 7.192.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.064.962,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.526.291,00	
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 - 8299 - CARTAGENA	30.185,00	0,856%
-	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	**$3.496.106,00**	

SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CIENTO SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHA 3397229- FABRICACION DE PRODUCTOS DE ASEO PARA EL HOGAR

FICHA 3397237 ACEITES ESENCIALES: EXTRACCION, USOS Y APLICACIONES.

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

YELITZA VASQUEZ OSORIO
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.
El Supervisor,

YADIRA DEL CARMEN VILLA MANCERA
TECNICO 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
GUIDO DEL CARMEN ZUÑIGA OSPINO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

22/12/25 14:31:47 USUARIO: SIC - C.C. 1047446668

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1047446668		VASQUEZ OSORIO YELITZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 32C N° 46 34	CARTAGENA-BOLIVAR	6620572	No

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,839,805	$294,400			$1,839,805	$230,000			$0	$0			$1,839,805		$44,900		$0	$0		$569,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,839,805	$294,400			$1,839,805	$230,000			$0	$0			$1,839,805		$44,900		$0	$0		$569,300
Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)																					$1,839,805	$294,400			$1,839,805	$230,000			$0	$0			$1,839,805		$44,900		$0	$0		$569,300
1	CC	1047446668	VASQUEZ YELITZA																	23020 1	30	$1,839,805	$294,400	EPS002	30	$1,839,805	$230,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,839,805	2.436%	$44,900	0	$0	$0	No	$569,300
Total	**Afiliados(1)**																					$1,839,805	$294,400			$1,839,805	$230,000			$0	$0			$1,839,805		$44,900		$0	$0		$569,300

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	2022692983	9496675442	I	2025/12/16	2025/12/19	BANCOLOMBIA	3	$570,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$294,400	$600	$0	$295,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$294,400	$600	$0	$295,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$44,900	$100	$0	$45,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$44,900	$100	$0	$45,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,000	$500	$0	$230,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$230,000	$500	$0	$230,500
TOTAL				**1**	**$569,300**	**$1,200**	**$0**	**$570,500**

SENA	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA PROCESO DE GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA RELACION DE BIENES A CARGO DEL CUENTADANTE	Versión: 1.01 Fecha: 15.10.2020

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el Sr(a) YELITZA VASQUEZ OSORIO identificado(a) con CC. 1047446668 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 22 de Diciembre de 2025 a las 18:57:22

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

CARTAGENA, 09 de Abril del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
CARTAGENA

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	**1201280443**	**Liam Marrugo Vasquez**	**Hijo(a)**

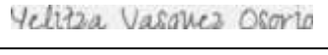
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



YELITZA VASQUEZ OSORIO
C.C. 1047446668

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1201280443

Indicativo Serial 60721210

6072121O

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X	5				C 4 X

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - BOLIVAR - CARTAGENA - NOTARIA 5 CARTAGENA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MARRUGO	VASQUEZ

Nombre(s): LIAM

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019	Mes NOV	Día 24	MASCULINO	NA	

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA - BOLIVAR - CARTAGENA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	15543027-6

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: VASQUEZ OSORIO YELITZA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1047446668	COLOMBIA

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: MARRUGO VILLAREAL FELIX MANUEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1047449292	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MARRUGO VILLAREAL FELIX MANUEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1047449292	

VALIDO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO ART. 115 DECRETO 1260 DE 1970

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 2019 Mes NOV Día 27	ELITH ZUÑIGA PEREZ-NOTARIA.
	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
LIAM		MARRUGO	VASQUEZ

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
BOLÍVAR	CARTAGENA DE INDIAS

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil		Tarjeta de identidad	X	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: 1201280443

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
MEDICINA INTEGRAL DEL CARIBE S.A.S.	2023	10	11

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	900449481

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI	X	NO	
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.3 b122.3 b210.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.378 s199.378 s220.273

3. Codigos Actividades y Participación

d120.4 d2500.2 d710.2

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
MARIA JOSE ALVAREZ IMITOLA	Trabajador Social	CC-1047491506
ARGENEDITH DEL CARMEN CASTILLO OCHOA	Fisioterapia	CC-1050945857
FABIAN CASTILLA MORENO	Medicina	CC-1051442061

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.