



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 HUILA

CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS-HUILA

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

Código Regional	41
Código Centro	952710
Fecha Elaboración	30 Noviembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	83622-847857

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	INGRID CAROLINA PRADA CASTAÑEDA	Banco a consignar:	BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía	1.110.479.218	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	iprada@sena.edu.co	Número de Cuenta:	0362010889
IP/Nº de contacto:		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?			
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:	8496152/2025	Nº Compromiso SIIF	235725	Número de pagos durante la vigencia del contrato	3
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR:41_9527_564 PSP PARA APOYAR LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS DEL SENA REGIONAL HUILA EN LA ESPECIALIDAD: USO DE MICROSOFT WORD PARA LA GENERACIÓN DE DOC				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/11/2025	Al	30/11/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 7.205.901
Número de pago	2			Valor Total del Contrato:	\$ 7.819.169
Valor Bruto Pago:	\$ 4.599.511,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 2.606.390

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		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.599.511	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.704.460	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Noviembre	Octubre			
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	9494656040	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.704.460,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.839.804	\$ 1.423.500	Base retención en la fuente a título de ICA	4.599.511,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 230.000	\$ 178.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 294.400	\$ 227.800	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	\$ 7.500	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-	Reteica - 8299	0,00	0,350%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-		0,00	0,350%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-		0,00	0,350%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	-		0,00	0,350%
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	\$ 459.951	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 9.835.302	\$ 901.000	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 35.000	-		0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	-	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	\$4.599.511,00	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS ONCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orienté, asesoré y acompañé de forma permanente el desarrollo de las actividades establecidas en las guías de aprendizaje, de acuerdo con los procedimientos y el Sistema Integrado de Gestión y la Autoevaluación "SIGA" del SENA, desarrollando la formación en las siguientes fichas asignadas: Aplicación De La Inteligencia Artificial En La Integración De Datos, fichas 3387196, 3387197, 3387203 y 3387202, Competencias Ciudadanas Saber Pro, fichas 3376383 Y 3376384, Procesos De Soporte Técnico Para El Mantenimiento De Equipos De Cómputo Fichas 3376360 Y 3376361.

Presenté el Informe mensual de Ejecución contractual con todas las actividades realizadas durante el periodo al supervisor del contrato.

Cumplí con el pago al sistema de seguridad social, en las condiciones y porcentajes exigidos por la normatividad.

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

INGRID CAROLINA PRADA CASTAÑEDA
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 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.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

JESUS BOANERGES CAMERO CAMACHO
INSTRUCTOR

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
FERMIN BELTRAN BARRAGAN
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110479218		PRADA CASTAÑEDA INGRID CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 6 # 56 - 09	IBAGUE-TOLIMA	7501610	No

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$379,600	\$60,800			\$379,600	\$47,500			\$0	\$0			\$379,600	\$2,000		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$379,600	\$60,800			\$379,600	\$47,500			\$0	\$0			\$379,600	\$2,000		\$0	\$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					\$379,600	\$60,800			\$379,600	\$47,500			\$0	\$0			\$379,600	\$2,000		\$0	\$0
1	CC 1110479218	PRADA CASTAÑEDA INGRID CAROLINA	230301	8	\$379,600	\$60,800	EPS005	8	\$379,600	\$47,500		0	\$0	\$0	14-23	8	\$379,600	\$2,000	0	\$0	\$0
Total	Afiliados(1)				\$379,600	\$60,800			\$379,600	\$47,500			\$0	\$0			\$379,600	\$2,000		\$0	\$0

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1924624434	9494656040	I	2025/11/07	2025/11/13	NEQUI		\$110,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR		
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$60,800	\$0	\$61,100		
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$60,800	\$0	\$61,100		
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$2,000	\$0	\$2,100		
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$2,000	\$0	\$2,100		
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$47,500	\$0	\$47,700		
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$47,500	\$0	\$47,700		
TOTAL				1	\$110,300	\$0	\$110,900		



PROCESO		
GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
NOMBRE DEL FORMATO		
FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS		
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN		
Pública <input type="checkbox"/>	Pública Clasificada <input checked="" type="checkbox"/>	Pública Reservada <input type="checkbox"/>

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Neiva, 21 de noviembre de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

SENA - REGIONAL HUILA
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 41-1-2025-007920
21/11/2025 10:12:25 a. m.
Destinatario: _____

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:



NUIP - NIP	1031854200	MARTIN TORRES PRADA	HIJO
-------------------	-------------------	----------------------------	-------------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,

FIRMA

Nombre: Ingrid Carolina Prada Castañeda

C.C. 1'110.479.218 de Ibagué



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial

60664479

NUIP 1031854200

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaría Número Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código A X H
PAIS - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 59 BOGOTA DC

Datos del inscrito

TORRES * * * * * Primer Apellido PRADA * * * * * Segundo Apellido

MARTIN * * * * * Nombre(s)

Fecha de nacimiento Año 2 0 1 9 Mes O C T Día 2 3 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección)
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * Número certificado de nacido vivo 15566531-7 * * * * *

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 PRADA CASTAÑEDA INGRID CAROLINA * * * * *

Documento de Identificación (Clase y número) CC No. 1110479218 * * * * * Nacionalidad 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 TORRES VEGA WILLIAM CAMILO * * * * *

Documento de Identificación (Clase y número) CC No. 1019052358 * * * * * Nacionalidad COLOMBIA * * * * *

Datos del declarante

TORRES VEGA WILLIAM CAMILO * * * * * Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número) CC No. 1019052358 * * * * * 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 2 0 1 9 Mes N O V Día 0 2

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Nombre y firma
OLGA MARIA VALERO MORENO

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hizo el reconocimiento
OLGA MARIA VALERO MORENO
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO: LVT 235 F 121;02/11/2019

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Carmona Espinosa C. C.C. No. 52.589.22

Notaria 59 del Circuito de Bogotá
Olga María Valero Moreno