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** | **Agosto de 2026** |
| **Versión** | **ENERO - 1,26** |
| **ID de Proceso** | **46074-889637** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | SILVIA PAOLA CHAVERRA DURAN | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 1.045.494.999 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | silvia.chaverra@misena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 54900077818 |
| **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 2025** | NO |

| | |
|---|---|
| **¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a $69.718.600** | NO |
| **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a $209.496.000 (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:** | 8977996/2026 | **Nº Compromiso SIIF** | **7226** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 11 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | 5_9504_006 Prestar los servicios personales de carácter temporal como instructor para impartir formación titulada y/o complementaria, presencial y/o virtual, en los programas de formación financiados con recursos regulares, en el Complejo Tecnológico Agroindustrial Pecuario y Turístico. |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/08/2026** | **Al** | **31/08/2026** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 20.687.070 |
| **Número de pago** | **7** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 48.954.135 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 4.737.497,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 15.949.573 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.737.497 | Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 516.000 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 5.253.497** | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 3.133.147** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Agosto | Julio | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **4659655418** | Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 3.133.147,00 | TARIFA |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.894.999 | $ 1.894.999 | Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.713.397,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 236.900 | $ 236.900 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 303.200 | $ 303.200 | 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 I | | $ 9.900 | $ 9.900 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| | | $ | | Reteica - 8299 | 0,00 | 0,400% |
| | | $ | | - | 0,00 | 0,400% |
| | | $ | | - | 0,00 | 0,400% |
| | | $ | | - | 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 | 21.014,00 | 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 | | $ 525.350 | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta | $ 837.984 | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Renta Exenta 25% | $ 37.927.505 | $ 1.045.000 | | | 0,00 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 5.786.000 | | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | | **VALOR A PAGAR** | **$4.716.483,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS DIECISEIS MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

LAS ACTIVIDADES DE ESTE PERIODO ESTAN DEBIDAMENTE DETALLADAS EN EL INFORME CONTRACTUAL CORRESPONDIENTE.

**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

**SILVIA PAOLA CHAVERRA DURAN**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

**YANNY RIVAS LONDOÑO**
**INSTRUCTOR G11**

**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**
**CARLOS ANDRES DIAZ MESA**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

19/08/26 11:01:50 USUARIO: SIC - C.C. 1045494999

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1045494999 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | SILVIA PAOLA CHAVERRA DURAN |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | TURBO | DEPARTAMENTO: | ANTIOQUIA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 97 CRA 17 04 3146006451 | TELÉFONO: | 9999999 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4659655418** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | julio | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | julio |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2026 | SALUD: | AÑO: | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2026/08/10 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9997702136 |

## NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002248088 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 303.200 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 303.200** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 9001562642 | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | $ 236.900 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 236.900** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600111536 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1 | $ 9.900 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 9.900** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 550.000** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 550.000** |

Planilla Pagada

**FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Apartadó, 11 de Agosto de 2026

**Señores**
**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)**
APARTADÓ

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** | **1032191830** | **LUCAS ADIEL VILLALBA CHAVERRA** | **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,



SILVIA PAOLA CHAVERRA DURAN
C.C. 1045494999

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.032.191.830

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59955075

REPÚBLICA DE COLOMBIA SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO
WILMAR EMILIO DAVID JARAMILLO NOTARIO
NOTARÍA ÚNICA DEL CÍRCULO APARTADO - ANTIOQUIA

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

| Registraduría | Notaría | Número | Consulado | Corregimiento | Inspección de Policía | Código |
|---|---|---|---|---|---|---|
| [ ] | [X] | 01 | [ ] | [ ] | [ ] | AXT |

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA - ANTIOQUIA - APARTADO

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| VILLALBA | CHAVERRA |

Nombre(s): LUCAS ADIEL

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2019 Mes 002 Día 12 | MASCULINO | O | POSITIVO |

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

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | 15230803-2 |

**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: CHAVERRA DURAN SILVIA PAOLA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C NRO. 1.045.494.999 | COLOMBIANA |

**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: VILLALBA CASTRO ALEXIS

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C NRO. 71.240.883 | COLOMBIANA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: VILLALBA CASTRO ALEXIS

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C NRO. 71.240.883 | Alexis Villalba |

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos: X X X X X X X

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| X X X X X X X | |

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos: X X X X X X X

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| X X X X X X X | |

| Fecha de Inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2019 Mes 002 Día 21 | WILMAR EMILIO DAVID JARAMILLO<br>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 -

Powered by CamScanner