



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 DISTRITO CAPITAL  
DESPACHO DIRECCION

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

|                   |                 |
|-------------------|-----------------|
| Código Regional   | 11              |
| Código Centro     | 101000          |
| Fecha Elaboración | Febrero de 2025 |
| Versión           | ENERO - 2.25    |
| ID de Proceso     | 37046-203784    |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

|  |                                    |   |              |
|--|------------------------------------|---|--------------|
| Nombres y apellidos:   | ESTEBAN ALEJANDRO RAMIREZ BERMUDEZ | Banco a consignar:                              | DAVIVIENDA   |
| Cédula de Ciudadanía   | 1.027.401.460                      | Tipo de cuenta:                                 | AHORROS      |
| Correo electrónico:  | estebana_ramirez@soy.sena.edu.co   | Número de Cuenta:                               | 004800503650 |
| 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 | 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:   | 7371330/2025  | Nº Compromiso SIIF | 17225 | Número de pagos durante la vigencia del contrato | 12 |
| OBJETO CONTRACTUAL:<br>(Descripción del servicio prestado) | Prestar los servicios personales de carácter temporal, autónomo e independiente como apoyo administrativo, financiero y contractual que se adelantan en el Grupo de Apoyo Administrativo Mixto de la Regional Distrito Capital. |                    |       |  |    |

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

|                   |               |    |            |                              |               |
|-------------------|---------------|----|------------|------------------------------|---------------|
| Del               | 31/01/2025    | Al | 31/01/2025 | Saldo Anterior del Contrato: | \$ 21.801.000 |
| Número de pago    | 1             |    |            | Valor Total del Contrato:    | \$ 21.801.000 |
| Valor Bruto Pago: | \$ 516.000,00 |    |            | Nuevo Saldo del Contrato:    | \$ 21.285.000 |

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

|  |                   |                                       |             |
|--|-------------------|---------------------------------------|-------------|
| Ingresos por honorarios                    | \$ 516.000        | 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>\$ 516.000</b> | Menos, Retefuente Otros Ingresos      | \$ 0        |
| <b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>    | <b>\$ 76.700</b>  | <b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b> | <b>\$ 0</b> |

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

|  | Enero         | Diciembre |   |                     |        |  |
|--|---------------|-----------|---|---------------------|--------|--|
| Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS                                    | -----         | N/A       | Base retención en la fuente a título de RENTA | 76.700,00           | TARIFA |  |
| Ingreso Base de Cotización - IBC   | \$ 1.423.500  | \$ 0      | Base retención en la fuente a título de ICA   | 110.200,00          |        |  |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                                    | \$ 178.000    | \$ 0      | Valor base IVA                                | 0,00                |        |  |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                                  | \$ 227.800    | \$ 0      | 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  | \$ 7.500      | \$ 0      | Menos Retención IVA                           | 0,00                | 15%    |  |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes                  | \$ -          |           | Reteica - 8299 - BOGOTÁ                       | 1.065,00            | 0,966% |  |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes                    | \$ -          |           |   | 0,00                | 0%     |  |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes                      | \$ -          |           |   | 0,00                | 0%     |  |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias                          | \$ -          |           |   | 0,00                | 0%     |  |
| 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   | \$ -          |           | Otras Retenciones                             | 0,00                | 0,000% |  |
| Salud hasta  | \$ 796.784    | \$ -      | Otras Retenciones                             | 0,00                | 0,000% |  |
| Renta Exenta 25%   | \$ 39.341.210 | \$ 26.000 |   | 0,00                |        |  |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | \$ 0          |           | Descuentos de embargo (Si tiene)              | 0,00                |        |  |
| Retención en la Fuente Contingente   | \$            |           | <b>VALOR A PAGAR</b>                          | <b>\$514.935,00</b> |        |  |

**SON: QUINIENTOS CATORCE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS M/CTE**

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

|   |
|---|
| Realizar estudios previos y Certificados de inexistencia de personal para la contratación de la vigencia 2025 del Grupo de Apoyo Administrativo Mixto |
| Realizar modificaciones a los contratos   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |

|  |  |
|--|--|
| <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>ESTEBAN ALEJANDRO RAMIREZ BERMUDEZ<br/>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.<br>El Supervisor,           |
| 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. | <b>MARIA NANCY AZUCENA PEREZ LIZARAZO<br/>PROFESIONAL G10</b> |

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  
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS  
DIRECTOR REGIONAL DISTRITO CAPITAL**



## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

**EPS SURAMERICANA S.A.** en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

### CERTIFICA

Que **ESTEBAN ALEJANDRO RAMIREZ BERMUDEZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1027401460** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

|                                 |                                    |
|---------------------------------|------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1027401460                      |
| NOMBRES Y APELLIDOS             | ESTEBAN ALEJANDRO RAMIREZ BERMUDEZ |
| TIPO DE AFILIADO                | TITULAR                            |
| PARENTESCO                      | TITULAR                            |
| ESTADO DE AFILIACIÓN            | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN   | COBERTURA INTEGRAL                 |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA     | 01/04/2023                         |
| FECHA RETIRO EPS SURA           | 18/02/2025                         |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA   | 115                                |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO    | 51                                 |

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 24/01/2025

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN  
DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

**EPS SURAMERICANA S.A**

**Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla:** 605 319 7901, **Cali:** 602 380 8941,

**Medellín:** 604 448 61 15, **Bogotá:** 601 448 7941

**Línea Nacional:** 01 8000 519 519

[epssura.com](http://epssura.com)



## ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

### Resultados de la consulta

#### Información Básica del Afiliado :

| COLUMNAS                 | DATOS             |
|--------------------------|-------------------|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN   | CC                |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1027401460        |
| NOMBRES                  | ESTEBAN ALEJANDRO |
| APELLIDOS                | RAMIREZ BERMUDEZ  |
| FECHA DE NACIMIENTO      | **/**/**          |
| DEPARTAMENTO             | BOGOTA D.C.       |
| MUNICIPIO                | BOGOTA D.C.       |

#### Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD               | REGIMEN      | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|--------|-----------------------|--------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| ACTIVO | EPS SURAMERICANA S.A. | CONTRIBUTIVO | 01/09/2022                   | 31/12/2999                          | COTIZANTE        |

|                            |                        |                            |                |
|----------------------------|------------------------|----------------------------|----------------|
| <b>Fecha de Impresión:</b> | 01/24/2025<br>15:38:23 | <b>Estación de origen:</b> | 192.168.70.220 |
|----------------------------|------------------------|----------------------------|----------------|

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES”.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

 [IMPRIMIR CERRAR VENTANA](#)

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ESTEBAN ALEJANDRO RAMIREZ BERMUDEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1027401460**, se encuentra afiliado/a desde **24/01/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 25 de enero de 2025.



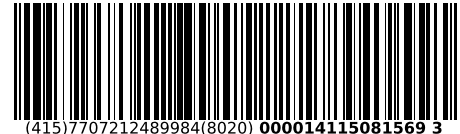
**Rosa Mercedes Nino Amaya**  
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

2. Concepto  Inscripción

4. Número de formulario

141150815693



(415)7707212489984(8020) 000014115081569 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 2 7 4 0 1 4 6 0

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

1 0 2 7 4 0 1 4 6 0

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

RAMIREZ

32. Segundo apellido

BERMUDEZ

33. Primer nombre

ESTEBAN

34. Otros nombres

ALEJANDRO

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 70 BIS Sur # 14 A - 24 CA

42. Correo electrónico

bermudezesteban1107@gmail.com

43. Código postal

1 1 0 5 1 1

44. Teléfono 1

3 1 5 7 6 2 0 7 9 8

45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Ocupación

## Actividad principal

## Actividad secundaria

## Otras actividades

46. Código

8 2 1 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 3 0 6 0 1

48. Código

8 2 1 9

49. Fecha inicio actividad

2 0 2 3 0 6 0 1

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

|            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1          | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 53. Código | 4 | 9 |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

49 - No responsable de IVA

## Usuarios aduaneros

## Exportadores

|            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1          | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |
| 54. Código |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 11         | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

**IMPORTANTE:** Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI NO 

60. No. de Folios:

0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre RAMIREZ BERMUDEZ ESTEBAN ALEJANDRO

985. Cargo Contribuyente