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)

DIRECCIÓN GENERAL

SECRETARIA GENERAL

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

Código Regional	**1**
Código Centro	**101001**
Fecha Elaboración	**Abril de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**50465-492250**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ARIEL SILVINO ESPINOSA BLANCO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	7.181.129	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	asepinosa@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	08880151364
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**	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:	7364048/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**89325**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: 01-9-2025-005087 LIDERAR EL PROCESO DE PLANEACIÓN, GESTIÓN Y PUESTA EN DESARROLLO DE OPORTUNIDADES DE MEJORA CON RELACIÓN A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD QUE BRINDA EL SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL DEL SENA DURANTE LA VIGENC

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2025**	**Al**	**30/04/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 69.525.000
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 84.460.000
Valor Bruto Pago:			**$ 7.725.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 61.800.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 7.725.000	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	**$ 7.725.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.541.600**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9483738111**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 3.090.000	$ 3.090.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 386.300	$ 386.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 494.400	$ 494.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 16.200	$ 16.200
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		$ 772.500	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 1.514.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.927.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	4.541.600,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	6.844.300,00	
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 - BOGOTÁ	66.116,00	0,966%
-	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	**$7.658.884,00**	

SON: SIETE MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Revisión Evidencias de Alertas e informes de seguridad del INVIMA que tienen aplicación al SMA Nacional.

Participación en reuniones de capacitación a regionales del SMA organizadas desde DG en apoyo a seguimiento de procesos SIGA

Reunión abogado del grupo SMA DG para el diseño del lineamiento para la planeación, desarrollo, ejecución contractual

Elaboración informe técnico mensual en ejecución de contrato No CO1.PCCNTR.7364048 del año 2025

Apoyo en la revisión de informe de gestión contractual CO1.PCCNTR.6253415 del 26/04/2024 de Medicamentos COLSUBSIDIO

Coordinación de Mesas técnicas con Regionales del SMA a nivel Nacional para la revisión, seguimiento y análisis de seguimiento

Reunión para planificación y ejecución de mesas técnicas de seguimiento de procesos contractuales, junta administradora regional

Cronograma de mesas técnicas de seguimiento en procesos de habilitación las regionales del SMA vigencia 2025

Participación en reuniones y gestión documental como profesional enlace entre el Grupo de Servicio Médico Asistencial y secretaria

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

Ariel S. Espinosa B.

ARIEL SILVINO ESPINOSA BLANCO
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,

ALEXANDER RAMIREZ MEDINA
PROFESIONAL G01(E)

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
GIGIOLY KATERINE GRIMALDOS ROBAYO
SECRETARIO GENERAL G10

22/04/25 09:48:12 USUARIO: SIC - C.C. 7181129

Comprobante Liquidación

Datos Generales Del Aportante

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad-Departamento	Celular
CC 7181129		ESPINOSA BLANCO ARIEL SILVINO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CONEBASS82@GMAIL.COM	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3202298852

Clave: 9483738111

Pague hasta	Dias de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2025/04/09	1	$700	$837,800
2025/04/10	2	$1,200	$838,300
2025/04/11	3	$1,700	$838,800
2025/04/14	6	$3,300	$840,400
2025/04/15	7	$3,900	$841,000
2025/04/16	8	$4,400	$841,500
2025/04/21	13	$7,200	$844,300
2025/04/22	14	$7,700	$844,800
2025/04/23	15	$8,200	$845,300
2025/04/24	16	$8,800	$845,900

Periodo Pensión: 2025-03 **Periodo Salud: 2025-03**

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	1	$462,100
COLPENSIONES		1	$462,100
ARL	1	1	$15,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		1	$15,200
EPS	1	1	$361,000
SANITAS		1	$361,000
SUBTOTAL			$838,300
COMISION OPERADOR			$0
IVA			$0
TOTAL			$838,300

Canales de Pago

BANCARIOS

Banco AV Villas
Banco de Occidente
Banco de Bogotá

NO BANCARIOS

efecty
éxito
SURTIMAX
Carulla

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9.999.999

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7181129		ESPINOSA BLANCO ARIEL SILVINO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 25 NO.49-44 SUR BQ 14 APTO 434	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7603251	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03		9483738111	I	2025/04/08			2	

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$2,884,000**	**$461,500**			**$2,884,000**	**$360,500**			**$0**	**$0**			**$2,884,000**		**$15,100**		**$0**	**$0**		**$837,100**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$2,884,000**	**$461,500**			**$2,884,000**	**$360,500**			**$0**	**$0**			**$2,884,000**		**$15,100**		**$0**	**$0**		**$837,100**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						**$2,884,000**	**$461,500**			**$2,884,000**	**$360,500**			**$0**	**$0**			**$2,884,000**		**$15,100**		**$0**	**$0**		**$837,100**
1	CC	7181129	ESPINOSA ARIEL																		25-14	30	$2,884,000	$461,500	EPS005	30	$2,884,000	$360,500		0	$0	$0	14-23	30	$2,884,000	0.522%	$15,100	0	$0	$0	No	$837,100
Total			**Afiliados(1)**																				$2,884,000	$461,500			$2,884,000	$360,500			$0	$0			$2,884,000		$15,100		$0	$0		$837,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7181129		ESPINOSA BLANCO ARIEL SILVINO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 25 NO.49-44 SUR BQ 14 APTO 434	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7603251	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03		9483738111	I	2025/04/08			2	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$461,500	$600	$0	$462,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$461,500	$600	$0	$462,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,100	$100	$0	$15,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$15,100	$100	$0	$15,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$360,500	$500	$0	$361,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$360,500	$500	$0	$361,000
TOTAL				**1**	**$837,100**	**$1,200**	**$0**	**$838,300**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7181129		ESPINOSA BLANCO ARIEL SILVINO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 25 NO.49-44 SUR BQ 14 APTO 434	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7603251	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1414862649	9484694866	N	2025/04/08	2025/04/16	BANCOLOMBIA	8	$60,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$206,000	$32,900			$206,000	$25,800			$0	$0			$206,000	$1,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$206,000	$32,900			$206,000	$25,800			$0	$0			$206,000	$1,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$206,000	$32,900			$206,000	$25,800			$0	$0			$206,000	$1,100		$0	$0
1	CC	7181129	ESPINOSA ARIEL	25-14	30	($2,884,000)	($461,500)	EPS005	30	($2,884,000)	($360,500)		0	$0	$0	14-23	30	($2,884,000)	($15,100)	0	$0	$0
2	CC	7181129	ESPINOSA ARIEL	25-14	30	$3,090,000	$494,400	EPS005	30	$3,090,000	$386,300		0	$0	$0	14-23	30	$3,090,000	$16,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$206,000	$32,900			$206,000	$25,800			$0	$0			$206,000	$1,100		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7181129		ESPINOSA BLANCO ARIEL SILVINO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 25 NO.49-44 SUR BQ 14 APTO 434	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7603251	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1414862649	9484694866	N	2025/04/08	2025/04/16	BANCOLOMBIA	8	$60,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$32,900	$200	$0	$33,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$32,900	$200	$0	$33,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,100	$100	$0	$1,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$1,100	$100	$0	$1,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$25,800	$200	$0	$26,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$25,800	$200	$0	$26,000
TOTAL				1	$59,800	$500	$0	$60,300

FORMATO DE CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá D.C. 11 de abril de 2025

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
SENA

Asunto: Información de dependientes para efectos del uso del beneficiario tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de empleado contribuyente y en cumplimiento de los previsto por el parágrafo segundo del Artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el Artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Parágrafo cuarto del Artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene la calidad de dependientea mi cargo:

TI	1.050.103.355	María Paula Espinosa Pelayo	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 citada.

Igualmente, con mi firma declaro que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por la misma persona arriba relacionada.

Cordialmente,

Ariel S. Espinosa B.

Ariel Silvino Espinosa Blanco

Contratista SENA

CC 7181129 de Tunja

Notaría 1ª
Tunja - Boyacá

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1050103355

Indicativo Serial 60527513

60527513

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D 5 N

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

COLOMBIA - BOYACA - TUNJA - NOTARIA 1 TUNJA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ESPINOSA	PELAYO

Nombre(s): MARIA PAULA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2008 Mes SEP Día 10	FEMENINO	B	NEGATIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): VENEZUELA - PORTUGUESA - ACARIGUA ARAURE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO	

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: PELAYO ESCALONA ROXIBELL DEL CARMEN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
PP No. 92717862	VENEZUELA

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: ESPINOSA BLANCO ARIEL SILVINO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 7181129	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ESPINOSA BLANCO ARIEL SILVINO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 7181129	Ariel S. Espinosa B.

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 18	HERNAN MONTAÑA RODRIGUEZ Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

VALIDO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO

NOTARIA PRIMERA DE TUNJA
LA PRESENTE REPRODUCCIÓN ES FIEL Y AUTENTICA COPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN EL PROTOCOLO DE ESTA NOTARIA.
21 MAR. 2023
ANDREA LILIANA YUNIS CUBIDES
NOTARIA (E)

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -