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

CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Abril de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**40538-907997**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	KELY JOHANA ARANDA GUARIN	**Banco a consignar:**	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	1.072.429.567	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	kjarandag@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	302082847
IP/Nº de contacto:	16020	**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:	7432533/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**12625**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios profesionales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, así como otras actividades que se deriven de los procesos formativos de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subsedes y organizaciones, ejecutando acciones

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2025**	**Al**	**30/04/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 39.709.111
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 47.528.280
Valor Bruto Pago:			**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 35.109.600

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.511	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	**$ 4.599.511**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.049.411**	**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		----------	**9485012580**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.049.411,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 1.839.804	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.075.111,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 230.000	$ 230.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 294.400	$ 294.400	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		$ 9.700	$ 9.700	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Reteica - 8299 - BOGOTÁ	39.366,00	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		$ -		-	0,00	0%
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%	$ 36.062.775	$ 1.016.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.718.000			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.560.145,00**	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL CIENTO CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Apoyar la implementación de los principios del Proyecto Educativo Institucional (PEI) en el desarrollo de actividades formativas.

Cumplir con los lineamientos establecidos en el Reglamento del aprendiz SENA.

Entregar productos específicos según lo estipulado en el contrato, tales como informes, reportes, registros, guías, manuales, formatos

Desarrollar actividades de apoyo en la formación profesional integral, garantizando la alineación con los estándares de calidad.

Colaborar en la planeación, ejecución y evaluación de procesos de aprendizaje, aplicando estrategias específicas.

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

KELY JOHANA ARANDA GUARIN
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,

ORLANDO SUAREZ MOLINA
INSTRUCTOR G15

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
VIVIANA GOMEZ VARGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

23/04/25 13:47:20 USUARIO: SIC - C.C. 1072429567

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 1072429567		ARANDA GUARIN KELLY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TR 68JBIS 38B-08SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

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	1427267546	9485012580	I	2025/04/15	2025/04/22	BANCO DE BOGOTA	7	$573,700

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)					$1,839,600	$294,400			$1,839,600	$230,000			$1,839,600	$36,800			$1,839,600	$9,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,839,600	$294,400			$1,839,600	$230,000			$1,839,600	$36,800			$1,839,600	$9,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,839,600	$294,400			$1,839,600	$230,000			$1,839,600	$36,800			$1,839,600	$9,700		$0	$0
1	CC	1072429567	ARANDA KELY	230301	30	$1,839,600	$294,400	EPS008	30	$1,839,600	$230,000	CCF22	30	$1,839,600	$36,800	14-23	30	$1,839,600	$9,700	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,839,600	$294,400			$1,839,600	$230,000			$1,839,600	$36,800			$1,839,600	$9,700		$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 1072429567		ARANDA GUARIN KELLY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TR 68JBIS 38B-08SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

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	1427267546	9485012580	I	2025/04/15	2025/04/22	BANCO DE BOGOTA	7	$573,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$294,400	$1,400	$0	$295,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$294,400	$1,400	$0	$295,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,700	$100	$0	$9,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,700	$100	$0	$9,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,800	$200	$0	$37,000
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$36,800	$200	$0	$37,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,000	$1,100	$0	$231,100
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$230,000	$1,100	$0	$231,100
TOTAL				1	$570,900	$2,800	$0	$573,700

IPS UNIDAD DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA OLAYA

1072429567

RESOLUCIONES 3673 DE 2008 MPS 4272 DE 2021

EMPRESA:	PARTICULAR	EPS COMPENSAR		FECHA	04/02/2025
TRABAJOS EN ALTURAS	☐	POS- OCUPACIONAL O INGRESO	☑	PERIÓDICO	☐
NOMBRES Y APELLIDOS:	KELY JOHANA ARANDA GUARIN	1.072.429.567			
EDAD: 29 AÑOS	SEXO: FEMENINO	CARGO A DESEMPEÑAR:		INSTRUCTORA	

EXAMENES CLINICOS PRACTICADOS

Evaluacion medico Ocupacional	☑	Examenes Laboratorio	☑	Serologia	☐	C. Hematico	☐
Optometria	☑	Glicemia	☑	Colesterol	☑	Triglicerios	☑
Audiometria	☑	Electrocardiograma	☐	Estatura	1.68	Peso	68.KG
Espirometria	☐	Osteomuscular	☑	RH	O +	F.CARDIACA	76/120

Se autoriza al trabajador para laborar en alturas y/o espacios confinados, según resultados del cuestionario, valorización médica ocupacional y paraclínicos según resolución Nº 4272 del 23 de 2021: SI (X) NO ( )

APTO PARA EL CARGO ADESMPEÑAR ☑ MOTIVO

NO APTO ☐ MOTIVO

OBSERVACIONES SE REALIZO REVISION DE SU SISTEMA OSTEOMUSCULAR EXTREMEDIADES Y COLUMNA BUSCANDO PATOLOGIAS O SECUELAS QUE PUDIERAN CONSTRUIR UN RIESGO PARA LA REALIZACION DE ACTIVIDADES DE SU TRABAJO AL EVALUAR NO SE ENCONTRO NINGUNA PATOLOGIA NO SE ENCUENTRA NINGUN IMPEDIMENTO SPICOLOGICO PARA EL DESARROLLO PERSONAL Y SOCIAL POR DISPOSICION DE LA SECRETARIA DE SALUD Y POR PLAN DE BIOSEGURIADAD CONFIRMAMOS QUE EL PACIENTE MENCIONADO NO PRESENTA SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19

EXÁMEN PERIODICO

Puede continuar con su labor SI ☑ NO ☐ Se sugiere reubicacion laboral SI ☐ NO ☐

EXÁMEN PERIODICO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual _____

Dra. Nancy Yamile Aguilar
Medico Especialista
Salud Ocupacional
46.679.532 - R.M. 25-4078

FIRMA DEL ESPECIALISTA

FIRMA DEL PACIENTE

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL:
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
USAR PROTECCION VISUAL DURANTE LA JORNADA LABORAL
SEGUIR LAS RECOMENDACIONES ESTRICTAS DE MEDICINA OCUPACIONAL
HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento

cel 3154489189

centromedicoespecializadolaya@hotmail.com

CopyrightIPS Unidad de Atención Médica Especializada