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	**Mayo de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**08089-936343**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ANTONY REYNEL BOTELLO HERRERA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.049.641.572	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	arbotello@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	49210835546
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?	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:	7571086/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**44725**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7

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	**01/05/2025 Al 31/05/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 17.938.092
Número de pago	**4**	**Valor Total del Contrato:**	$ 27.597.066
Valor Bruto Pago:	**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 13.338.581

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	**$ 2.704.460**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Mayo	Abril
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9485902936**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 1.839.804
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 230.000	$ 230.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 294.400	$ 294.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.700	$ 9.700
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		$ 459.951	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 22.949.039	$ 901.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.803.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.704.460,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.075.111,00	
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	39.366,00	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	**$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

Se alistó la formacion para las fichas asignadas TGE TIC 3114332 y TGA TIC 1 3154250, TIC 2 3142553, TIC 2 3142548
Se informó a cordinación Ausencia por Emergencia Familiar
Se informó a cordinación licencia por paternidad desde el dia 5 de mayo
Se realiza la verificacion de fichas asociadas en SOFIA Plus
Se Diligencia y organiza plan de trabajo para las fichas asignadas
Se asistio a la primera sesión de curso de desarrollo de habilidades
Se desarrollo y actualizó material didáctico para la formacion
Se verificó el estado del reporte de juicios de cada ficha
Se realizan los respectivos informes solicitados por cordinación

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

ANTONY REYNEL BOTELLO HERRERA
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,
Firmado digitalmente por DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
Fecha: 2025.05.12 11:13:11 -05'00'

DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
INSTRUCTOR G20

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)

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 1049641572		BOTELLO HERRERA ANTONY REYNEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Vereda el tejar	PAIPA-BOYACA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1472072135	9485902936	I	2025/05/19	2025/05/12	BANCOLOMBIA	0	$534,100

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)					$1,839,804	$294,400			$1,839,804	$230,000			$0	$0			$1,839,804	$9,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,839,804	$294,400			$1,839,804	$230,000			$0	$0			$1,839,804	$9,700		$0	$0
Ciudad: PAIPA Depto: BOYACA (1 Afiliados)					$1,839,804	$294,400			$1,839,804	$230,000			$0	$0			$1,839,804	$9,700		$0	$0
1	CC 1049641572	BOTELLO ANTONY	230301	30	$1,839,804	$294,400	EPS041	30	$1,839,804	$230,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,839,804	$9,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,839,804	$294,400			$1,839,804	$230,000			$0	$0			$1,839,804	$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 1049641572		BOTELLO HERRERA ANTONY REYNEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Vereda el tejar	PAIPA-BOYACA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1472072135	9485902936	I	2025/05/19	2025/05/12	BANCOLOMBIA	0	$534,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$294,400	$0	$0	$294,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$294,400	$0	$0	$294,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,700	$0	$0	$9,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,700	$0	$0	$9,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,000	$0	$0	$230,000
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$230,000	$0	$0	$230,000
TOTAL				**1**	**$534,100**	**$0**	**$0**	**$534,100**

Cruz Roja Colombiana
UM Sogamoso

CRUZ ROJA COLOMBIANA UM SOGAMOSO

NIT: 826002007

CONTACTOS
7704044
sogamoso@cruzrojacolombiana.org
Calle 11 N 8 - 47
Sogamoso (Boyacá)

CERTIFICADO DE APTITUD



PACIENTE: ANTONY REYNEL BOTELLO HERRERA | **GÉNERO:** Masculino

TIPO IDENTIFICACIÓN: CC | **NÚMERO IDENTIFICACIÓN:** 1049641572 | **FECHA NACIMIENTO:** 01/04/1995 | **EDAD:** 28 año(s) 6 mes(es) 19 día(s)

EMPRESA CONTRATANTE: SENA- CENTRO MINERO | **TIPO EXAMEN:** Ingreso

CARGO DESEMPEÑAR: INSTRUCTOR | **JORNADA TRABAJO:** Diurno | **FECHA:** 20/10/2023

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD

1. RECOMENDACIONES GENERALES

						X	Ninguna
X	1.1. Remisión a EPS		1.3. Completar esquema vacunación		1.5. Suspender tabaquismo	X	1.7. Control de peso y nutrición
	1.2. Continuar manejo médico	X	1.4. Inicio o continuar actividad física		1.6. Reducir consumo de alcohol		1.8. Otras

2. RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

							Ninguna
	2.1. Calificación de origen		2.4. Ingreso programa vigilancia epidemiológica	X	2.7. Pausas activas	X	2.9. Uso diario de bloqueador solar
	2.2. Recomendaciones para el manejo de cargas	X	2.5. Uso de elementos de protección personal	X	2.8. Uso de corrección visual		2.10. Otros
	2.3. Seguimiento por ARL	X	2.6. Pautas ergonómicas				

3. RESTRICCIONES

						X	No Aplica
	3.1. Trabajo en alturas > 1.5 mts		3.4. Trabajos en temperaturas bajas		3.7. Trabajo en espacios confinados		3.10. Cargas
	3.2. Trabajo en altitudes > 2.500 mts		3.5. Trabajo en temperaturas altas		3.8. Para conducción de vehículos		3.11. Viajes
	3.3. Trabajos en ambientes hiperbáricos		3.6. Trabajos con riesgo eléctrico		3.9. Manipulación de alimentos		3.12. Otros

4. CONCEPTO MÉDICO

Tipo Examen: _X_ Ingreso ___ Periódico ___ Retiro ___ Post Incapacidad ___ Cambio Cargo ___ Trabajos Especiales

X	Apto para el cargo		Apto para trabajo en alturas		Requiere evaluar reubicación laboral		Sin restricción para continuar su labor actual
	Apto con restricciones temporales (ver restricciones)		Apto para trabajo eléctrico		Requiere nueva valoración		Sin diagnóstico de enfermedad laboral
	Apto con restricciones permanentes (ver restricciones)		Apto para trabajo en temperaturas extremas		Satisfactorio		Presenta patologías que requieren calificación de origen EPS / ARL
	Aplazado		Apto para trabajo en espacios confinados		Enfermedades de origen común		Secuela de accidente de trabajo / enfermedad laboral
	Apto para manipulación de alimentos		Apto para conducción de vehículos				

5. EXÁMENES REALIZADOS

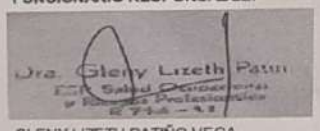
X	Examen Físico		Rx Tórax		Perfil Lipídico		TSH		Frotis Faringeo		
X	Examen Físico con Énfasis Osteomuscular		Rx Columna Lumbo Sacra		Perfil Hepático		Serología		KOH Uñas		
	Audiometría		Cuadro Hemático		Perfil Renal		Ácido Úrico		Coprológico		
	Optometría		Glicemia		Frotis Sangre Periférica		Tamizaje Drogas		Baciloscopia		
	Espirometría		Electrocardiograma		Hemoclasificación		Alcohol		Evaluación Neuropsicológica		
	Visiometría		Parcial de Orina		Espermograma		Colinesterasa		Otro		

6. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

HIGIENE ERGONOMICA, USO ESTRICTO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PROMOCION DE PAUSAS ACTIVAS. - MEDIDAS DE AUTOCUIDADO DISTANCIAMIENTO SOCIAL E HIGIENE DE MANOS - SE DA ASESORIA EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. El paciente firmó la historia clínica como constancia de haber comprendido las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre su estado de salud y de recibir la información que puede obtener la copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

FUNCIONARIO RESPONSABLE:



GLENY LIZETH PATIÑO VEGA
Medicina especializada, Medicina del trabajo
Registro Profesional: 4632

PACIENTE:

ANTONY REYNEL BOTELLO HERRERA



Naxvan Soft
www.naxvansoft.com

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

TUNJA, 28 de Febrero del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
TUNJA

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	1049641572	Abril Antonella Botello Bernate	Hijo(a)

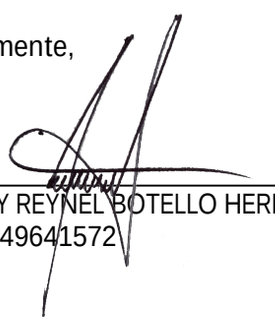
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



ANTONY REYNEL BOTELLO HERRERA
C.C. 1049641572

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
38819456-5

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1250248444

Indicativo Serial **240010451**

240010451

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrador	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de	Código	A	M	S
X									

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - BOYACA - TUNJA TUNJA-CLINICA MEDILASER S.A.S. SUCURSAL TUNJA * * **

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BOTELLO * * * * * * * * * * * * * * * * * * *	BERNATE * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

Nombre(s)
ABRIL ANTONELLA *

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2 0 2 5 Mes M A Y Día 0 5	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA - BOYACA - TUNJA *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * * * * * * * * * * * *	25059810146750 * * * * * *

Datos de 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
BERNATE ROA LEIDY VIVIANA *

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1117532862 *	COLOMBIA * * * * * * * *

Datos de padre o madre (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
BOTELLO HERRERA ANTONY REYNEL **

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1049641572 *	COLOMBIA * * * * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
BOTELLO HERRERA ANTONY REYNEL *

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1049641572 *	[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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2 0 2 5 Mes M A Y Día 0 6	JAIME LEONARDO CAMARGO RAMIREZ Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

NÚMERO DE PREPARACIÓN 118910062

Registro Civil de Nacimiento

OBSERVACIONES: Las huellas plantares, se tomarán únicamente, a los inscritos menores de un año, las huellas digitales, deben tomarse a todos los inscritos, exceptuando los menores de un mes que presentan dificultades técnicas para dicha toma (Decreto 1873 de

HUELLAS PLANTARES

PIE IZQUIERDO	PIE DERECHO



HUELLAS DIGITALES

INDICE DERECHO	Imposibilidad física de capturar la huella
INDICE IZQUIERDO	Imposibilidad física de capturar la huella