

SENA
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 Regional11
Código Centro940410
Fecha ElaboraciónMayo de 2025
VersiónENERO - 2.25
ID de Proceso46459-891521

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	OSCAR ABEL CASTAÑEDA ROMERO	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	4.047.451	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	oacastaneda@sena.edu.co	Número de Cuenta:	550488443162885
IP/N° 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

Escriba aquí los datos que corresponden a la liquidación del pago.

¿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?

NO
NO
NO
NO

Concepto del pago corresponde a:
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.

Ninguno
0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7442944/2025	Nº Compromiso SIIF	23125	Número de pagos durante la vigencia del contrato	10
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	Prestar servicios profesionales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Gestión Administrativa para ejecutar acciones de formación presencial en su sede principal y colegios del Programa de Articulación con la Media, en la red de conocimiento Gestión Administrativa y Financiera, áreas temáticas: Gestión				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/05/2025	Hasta	31/05/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 32.196.577
Número de pago	4			Valor Total del Contrato:	\$ 44.308.623
Valor Bruto Pago:	\$ 4.599.511,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 27.597.066

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.599.511	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención 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 REFEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Mayo	Abril			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		4603522458	Base retención en la fuente a título de RENTA	3.049.411,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.839.804	\$ 1.839.804	Base retención en la fuente a título 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	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	\$ -	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
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%	\$32.784.341	\$ 1.016.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 2.657.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		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 entregó productos específicos según lo estipulado en el contrato, tales como guías de la competencia Reconocer Recursos Financieros

Se gestiona registro de Asistencia Virtual de los Aprendices iniciando la formación.

Se cumplió con las disposiciones de protección de datos personales de los aprendices

Se participó en reunión de gestión documental y portafolio del instructor el día 02 de mayo de 2025.

Entrega de los informes en las plataformas SI CONTRATISTA Y SECOP II del mes de mayo de 2025

Se aplicó las disposiciones vigentes en gestión documental, ajustando los procedimientos a las Tablas de Retención Documental de la de

Se realizó la certificación de la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo. Se realizado la evaluación de apropiación

Se realiza la evaluación de cada producto entregado por los aprendices en la Ruta de Aprendizaje.

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

OSCAR ABEL CASTAÑEDA ROMERO
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,

MIGUEL ANGEL RUIZ BOHORQUEZ
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)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	4047451	NÚMERO PLANILLA:	4603522458	TIPO DE PLANILLA:
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		TUNJA	DEPARTAMENTO:	OSCAR ABEL CASTANEDA ROMERO	PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO
CIUDAD/MUNICIPIO:		CALLE 12A NO 7-38	TELÉFONO:	BOYACA	DÍAS DE MORA:	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:
DIRECCIÓN:		02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	7400000	2025/05/12	0	MES
TIPO APORTANTE:		PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	I-INDEPENDIENTE			abril AÑO
TIPO EMPRESA:		ÚNICO		Actividades reguladoras y facilitadoras de la act			NÚMERO AUTORIZACIÓN:
FORMA DE PRESENTACIÓN:							9992641956
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):				NO			

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO	
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 304.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 304.000	\$ 0	\$ 304.000	
SUBTOTALES:										\$ 304.000	\$ 0	\$ 304.000	

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
CCFC55	CCFC55- CAJACOPI EPS S.A.S	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 237.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 237.500	\$ 0	\$ 0	\$ 237.500
SUBTOTALES:													\$ 237.500	\$ 0	\$ 0	\$ 237.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 10.000	\$ 10.000	\$ 0	\$ 0	\$ 10.000
SUBTOTALES:									\$ 10.000	\$ 0	\$ 0	\$ 10.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																						
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL										PARAFISCALES																								
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP			DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU					
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES			TOTAL APORTE	ADMIN					DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT
1	CC 4047451	CASTANEDA ROMERO OSCAR ABEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.880.000				NO							01-30											230301-PORVENIR	30	1.900.000	\$ 304.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 304.000	CCFC55-CAJACOPI EPS S.A.S	30	1.900.000	\$ 237.500	\$ 0	\$ 237.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.900.000	\$ 4047451	\$ 10.000	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

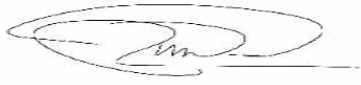
TOTAL PAGADO:

\$ 551.500



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 32.963

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
24 DÍA	01 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULAR				PARTICULARES			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
CASTAÑEDA ROMERO OSCAR ABEL				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	44 AÑOS 8 MESES 14 DÍAS	CC	4047451
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo DOCENTE							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO							
Observaciones: NO APLICA							
APTO				PARA DESEMPEÑAR EL CARGO			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
NINGUNA				TEMPORAL		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL				GLICEMIA BASAL			
OPTOMETRÍA				PRUEBA PSICOLOGICA			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL				USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				SVE VISUAL		HACER DEPORTE	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			
VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRIA							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR: PRUEBAS DE EQUILIBRIO CON Y SIN APOYO VISUAL NORMAL. MANTENER LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD. CONTROL POR OPTOMETRIA. USO DE GAFAS PERMANENTES PARA VISION SERCANA.							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
							
Firma:				Firma:			
Nombre: CUENCA SANCHEZ CARLOS ARTURO				Nombre: CASTAÑEDA ROMERO OSCAR ABEL			
R. M.: 4516				Código de Seguridad			
L.S.O.: 753				CC: 4047451			
				H877N1T32963			