



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	Mayo de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	36234-817182

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos:	LEONARDO ENRIQUE DONOSO ALBARRACIN	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	9.534.869	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	leodon30@yahoo.es	Número de Cuenta:	0550008300653568
IP/Nº de contacto:	0	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			
NO			
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:	7664469/2025	Nº Compromiso SIIF	44525
		Número de pagos durante la vigencia del contrato	10
OBJETO CONTRACTUAL:	Prestar los servicios profesionales de carácter temporal para contribuir en el desarrollo de las acciones de orientación y el fortalecimiento de las estrategias para la atención de oferentes y/o buscadores de empleo, potenciales empleadores, en el marco de los servicios de gestión y colocación que se brindan a través de la Agencia Pública de Empleo.		
(Descripción del servicio prestado)			

DATOS PERIODO DEL PAGO			
Del	01/04/2025	Al	30/04/2025
Número de pago	2	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 38.160.000
Valor Bruto Pago:	\$ 4.240.000,00	Valor Total del Contrato:	\$ 42.400.000
		Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 33.920.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 4.240.000	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	0,97%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 48.354
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 4.240.000		
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 8.480.000</b>	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 4.985.400</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 48.354</b>

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
	Abril	Marzo			TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	85477054	Base retención en la fuente a título de RENTA	4.985.400,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.696.000	\$ 1.696.000	Base retención en la fuente a título de ICA	3.756.600,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 212.000	\$ 212.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 271.400	\$ 271.400	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	48.354,00	0,97%
ARL	\$ 8.900	\$ 8.900	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 271.400		Reteica - 8299 - BOGOTÁ	36.289,00	0,966%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 212.000			0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 8.900		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	\$ 848.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 32.784.341	\$ 1.662.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 831.000		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$		<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.155.357,00</b>	

SON: CUATRO MILLONES CIENTO CINCUENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
Atención en la recepción APE 17 atendidos y Centros de Encuentro 75 atendidos total 92 orientados	
Apoyo, acogida y orientación a buscadores en centros de encuentro con un total de 75 atendidos	
Identificación caracterización población Campesina en el aplicativo APE 7 usuarios	
Participación Feria de Empleo Universidad Jorge Tadeo Lozano 13 usuarios	
Participación Feria de Empleo conmemoración día de las Víctimas del Conflicto Armado en Centro de Encuentro Patio Bonito. 47 usuarios	
Divulgar información de vacantes con usuarios y enlaces.	
Remitir correos electronicos con informes para trazabilidad de los procesos.	

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:	
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>LEONARDO ENRIQUE DONOSO ALBARRACIN EL CONTRATISTA</b>

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:	<b>Autorizo</b> el presente pago. 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>JORGE ALEXANDER CAÑON CASTAÑO PROFESIONAL G03</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	
<b>GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS DIRECTOR REGIONAL DISTRITO (E)</b>	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	9534869	LEONARDO ENRIQUE DONOSO ALBARRACIN		ac 61 sur 20 d 60 in 6 apt 403	6014636445	leodon30@yahoo.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	10/04/2025	85477054	\$477.900	

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	205.800	0		0		0	0	0	0	205.800	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
25-14	Colpensiones	900336004-7	263.500	0	0	0	0	0	0		263.500	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	8.600				8.600	0	0	8.600			86	8.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	205.800	205.800
Pensión	1	263.500	263.500
Riesgos Laborales	1	8.600	8.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>477.900</b>	<b>477.900</b>





## FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, abril de 2025

Señores  
SERVICIO NACIONAL DE  
APREDIZAJE (SENA)  
Ciudad

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:

<b>T.I.</b>	<b>1034296098</b>	<b>Isabella Donoso Barragán</b>	<b>HIJO</b>
-------------	-------------------	---------------------------------	-------------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

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,

*Leonardo E Donoso*

FIRMA

Nombre: Leonardo Enrique Donoso Albarracín  
C.C. 9534869

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.034.296.098**

**DONOSO BARRAGAN**

APELLIDOS

**ISABELLA**

NOMBRES

Isabella Donoso

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-DIC-2009**

**BOGOTA D.C**  
**(CUNDINAMARCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**19-DIC-2027**

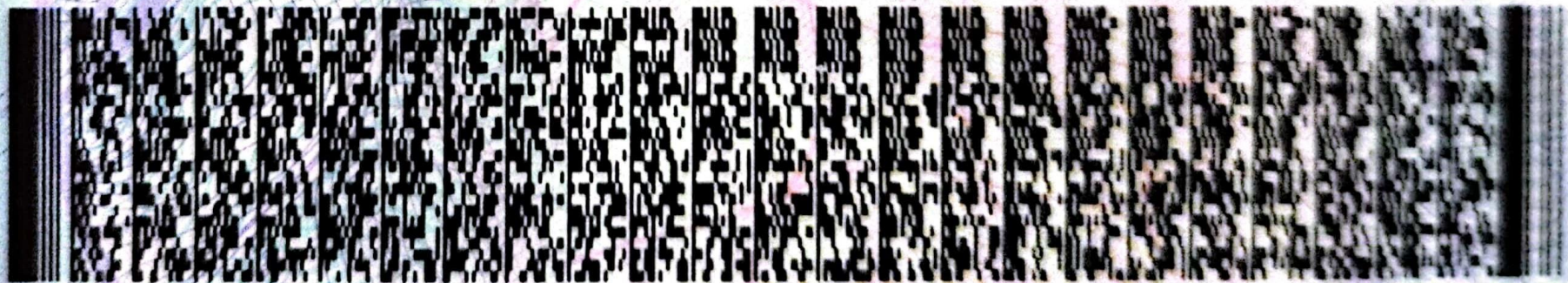
FECHA DE VENCIMIENTO

**23-DIC-2016 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

**B+** **F**  
G S RH SEXO

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACA



P-1500150-00885757-F-1034296098-20170227

0053914350A 2

1954244916

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	9534869	LEONARDO ENRIQUE DONOSO ALBARRACIN		ac 61 sur 20 d 60 in 6 apt 403	6014636445	leodon30@yahoo.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						
NO						

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
85477054	10/04/2025				EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-03	2025-03	N	19/05/2025	86643832	\$14.900	

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	6.200	0		0		0	34	200	0	6.400	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
25-14	Colpensiones	900336004-7	7.900	0	0	0	0	34	200	0	8.100	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	300				300	34	100	400			3	400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	34	0	0	0
ICBF				
0	34	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	6.200	6.400
Pensión	1	7.900	8.100
Riesgos Laborales	1	300	400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>14.400</b>	<b>14.900</b>



