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	**Junio de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**64279-958110**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CLAUDIA ROCIO SALAZAR GONZALEZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.013.613.681	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	crsalazar1@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24710045158
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**	NO

¿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:	7442930/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**45925**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn 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	**01/06/2025**	**Al**	**30/06/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 27.597.066
Número de pago	**4**			**Valor Total del Contrato:**	$ 40.629.013
Valor Bruto Pago:			**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 22.997.555

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	**$ 2.659.460**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Junio	Mayo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**78614083**
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		$ 60.000	
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%	$ 29.505.907	$ 886.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.508.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.659.460,00	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

Apoyar la implementación de los principios del Proyecto Educativo Institucional (PEI) en el desarrollo de actividades formativas, alineando las estrategias pedagógicas con la misión y visión institucional. Cumplir con los lineamientos establecidos en el Reglamento del aprendiz SENA, aplicando las disposiciones relacionadas con los procesos formativos y de gestión administrativa. Documentar y registrar información clave de los aprendices, incluyendo datos básicos e imágenes necesarias como registros fotográficos de eventos y transferencias de conocimientos para procesos administrativos, cumpliendo con la normativa de la entidad en los mecanismos dispuestos por el Centro de Formación y cumplimiento de política de tratamiento de datos. Cumplir con las disposiciones sobre protección de datos personales, ajustándose a lo establecido en el Acuerdo 009 de 2016 del SENA y la Ley 1581 de 2012. Asistir a reuniones específicas y comités técnicos cuando sea necesario, participando en la evaluación y seguimiento de aprendizajes, dentro del marco de las tareas delimitadas por el contrato. Velar por el adecuado uso de los ambientes de formación y recursos asignados.

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



CLAUDIA ROCIO SALAZAR GONZALEZ
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
SAMIR ARTURO BRAVO CHADID
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-06-17, 10:31:38 AM **Tipo Planilla:** N: PLANILLA CORRECCIONES **Numéro Planilla:** 78614083

Nro Planilla Corregida: 77318901 **Periodo Cotización:** mayo de 2025 **Periodo Servicio:** mayo de 2025

PAGADO 17/06/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CLAUDIA ROCIO SALAZAR GONZALEZ		
Documento	CC1013613681	**Dirección**	CR 42 #0 - 25 CASA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3138416626
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1013613681	CLAUDIA ROCIO SALAZAR GONZALEZ	59	00									A								0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.800.000	$ 288.000	(EPS010) EPS SURA	$ 1.800.000	$ 225.000	0,522	$ 1.800.000	$ 9.400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 522.400
CC 1013613681	CLAUDIA ROCIO SALAZAR GONZALEZ	59	00								X	C								0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.839.805	$ 294.400	(EPS010) EPS SURA	$ 1.839.805	$ 230.000	0,522	$ 1.839.805	$ 9.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 534.100

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 39.805	$ 39.805	$ 39.805	$ 0	$ 6.400	$ 5.000	$ 300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 11.700	$ 0	$ 11.700

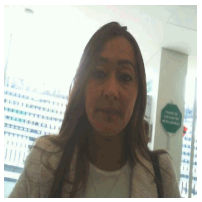
Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

MEDILABORAL

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

PARTICULAR

ACTIVIDAD ECONOMICA: SIN ACTIVIDAD ECONÓMICA ASIGNADA

NO. CERTIFICADO	1.787.846				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	14/02/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.013.613.681	**EDAD**	34	**GENERO**	F
NOMBRES Y APELLIDOS:	SALAZAR GONZALEZ CLAUDIA ROCIO				
TIPO DE CARGO	OTRO	**CARGO U OFICIO**	CONTRATISTA		

EXÁMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Apto sin restricciones para el cargo	NA

OBSERVACIONES

SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO GENERAL, SIN LESIONES OSTEOMUSCULARES AL MOMENTO SE RECOMIENDA CONTINUAR SEGUIMIENTO MEDICO EN SU EPS, CUMPLIR LAS RECOMENDACIONES DE MEDICOS TRATANTES DE SU EPS.

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS - PACIENTES SIN EVIDENCIA DE CONDICIÓN DE RIESGO COVID-19

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA

Autorización de datos personales

Yo, SALAZAR GONZALEZ CLAUDIA ROCIO, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 1.013.613.681, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de Medilaboral SAS, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a Medilaboral SAS para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

Derechos del titular: De acuerdo con el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, como titular de los datos personales, tengo derecho a: 1. Conocer, actualizar, rectificar, revocar, solicitar supresión de mis datos personales. 2. Solicitar prueba de la autorización otorgada. 3. Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio si considero que se han vulnerado mis derechos.

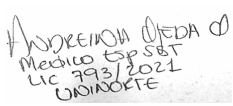
La Política de Tratamiento de Datos Personales de Medilaboral SAS está disponible en <https://medilaboral.com/documentacion/> donde se especifican los mecanismos y canales para ejercer mis derechos como titular de los datos personales.

Declaro que la información suministrada es veraz, completa y correcta, y manifiesto mi autorización para el tratamiento de mis datos personales conforme a los términos aquí establecidos.
En constancia, firmo:



CC. 1.013.613.681

Profesional



DRA. ANDREINA OJEDA ORTEGA LIC. 793 21-10-2021

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 7 de Marzo del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

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:

TI	1011101837	Juan Pablo Rojas Salazar	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,



CLAUDIA ROCIO SALAZAR GONZALEZ
C.C. 1013613681

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

NUIP 1011101837

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41677292

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 38 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A1F

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

COLOMBIA-BOGOTA D.C.-BOGOTA - DISTRITO CAPITAL-

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ROJAS-	SALAZAR-

Nombre(s)

JUAN PABLO-

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2008 Mes SEP Día 20	MASCULINO	B	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA-BOGOTA D.C.-BOGOTA - DISTRITO CAPITAL-

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO-	51312134-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

SALAZAR GONZALEZ CLAUDIA ROCIO-

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1013613681	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ROJAS BUITRAGO JEFFER STEVER-

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1014188214	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ROJAS BUITRAGO JEFFER STEVER-

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 1014188214	

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 2008 Mes OCT Día 16	EDUARDO DURAN GOMEZ Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

B. JIMENEZ LV. 174 FOLIO 005

ESTE REGISTRO TIENE VIGENCIA PERMANENTE
BATALLA (38)
ART. 2 DECRETO 2158 DE 1970

LA NOTARIA TREINTA Y OCHO (38) DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.
Certifica que la presente fotocopia es tomada de la que se encuentra en el archivo de esta Notaría
MONICA PILAR CASTILLO ALVAREZ
Notaria Treinta y Ocho (38) del Círculo de Bogotá D.C.

FESA S.A. NIT. 890.321.151-0

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

41677292