

SENA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATO 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
Código Centro
Fecha Elaboración
Versión
ID de Proceso

11
101000
Junio de 2025
ENERO - 2.25
41767-486230

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/N° 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: (Descripción del servicio prestado)	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.				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/06/2025	Al	30/06/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 29.680.000
Número de pago	4			Valor Total del Contrato:	\$ 42.400.000
Valor Bruto Pago:	\$ 4.240.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 25.440.000

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	Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 48.354
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 4.240.000		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 8.480.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 4.985.400	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 48.354

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

	Junio	Mayo			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	87090784	Base retención en la fuente a título de RENTA	4.985.400,00	TARIFA
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 I	\$ 8.900	\$ 8.900	Menos Retencion 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		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		-	0,00	0%
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.	\$ 3.324.000		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$		VALOR A PAGAR	\$4.155.357,00	

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 Centros de Encuentro 148 usuarios con un total de 182 usuarios orientados
Apoyo, acogida y orientación a buscadores en centros de encuentro con un total de 148 atendidos
Feria de servicios Barrio Garcés Navas cumpleaños Localidad Engativá con 16 usuarios atendidos
Acompañamiento en curso de manipulación de alimentos en sede CE Ciudad Bolívar 13 de junio asistencia total 30 usuarios
Divulgación de curso en la construcción del plan de negocio de Emprendimiento a cargo del Centro de Formación Mercados en sede CERUU 1
Participación APE en Feria a tu servicio los mártires CADE MOVIL con vocación 46 usuarios atendido
Se realiza atención de población vulnerable de manera personalizada en Centro de Encuentro y reconciliación para víctimas del conflict
Se registran los usuarios en las plataformas tecnológicas preservando la información de acuerdo a la ley de protección de datos.
El presente informe proyección mensual y los cuadros de seguimiento informe de gestión por funcionario.

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

LEONARDO ENRIQUE DONOSO ALBARRACIN
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.

JORGE ALEXANDER CAÑON CASTAÑO
PROFESIONAL G03

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
JOSE RICARDO PEREZ CAMARGO
DIRECTOR REGIONAL DISTRITO (E)

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	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	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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	
2025-05	2025-05	I	06/06/2025	87090784	\$492.300	

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	212.000	0		0		0	0	0	0	212.000	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	271.400	0	0	0	0	0	0		271.400	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	8.900				8.900	0	0	8.900			89	8.900	1

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

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
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	212.000	212.000
Pensión	1	271.400	271.400
Riesgos Laborales	1	8.900	8.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	492.300	492.300

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	I – 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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-05	2025-05	I	06/06/2025	87090784	10
					TOTAL A PAGAR
					\$492.300

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES						PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna, exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MAA	MAA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	9534869	DONOSO ALBARRACIN LEONARDO ENRIQUE	59	0		N																		25-14	1.696.000	271.400	0	0	0	0	EPS037	1.696.000	212.000	14-23	1.696.000	1	8.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, junio 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:

T.I.	1034296098	Isabella Donoso Barragán	HIJO
-------------	-------------------	---------------------------------	-------------

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

NUMERO **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

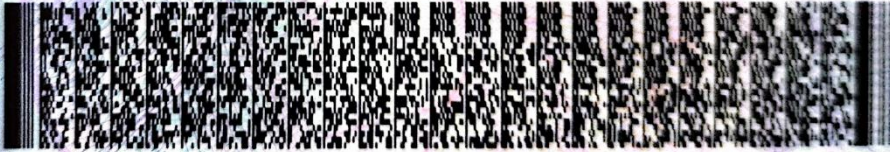
B+

G S RH

F

SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VALERA



P-1500150-00885757-F-1034296098-20170227

0053914350A 2

1954244916

NUIP **1034296098**

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

43576867

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría

Notaría

Número

Consulado

Corregimiento

Inspección de Policía

Código

1 0 0 1

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. - NOTARIA PRIMERA

Datos del inscrito

Primer Apellido

DONOSO

Segundo Apellido

BARRAGAN

Nombre(s)

ISABELLA

Fecha de nacimiento

Año

2 0 0 9

Mes

D I C

Día

1 9

Sexo (en letras)

FEMENINO

Grupo sanguíneo

B

Factor RH

P

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

52238655-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

BARRAGAN SALAZAR DEYSI PATRICIA

Documento de identificación (Clase y número)

CCN039.654.812 DE BOGOTA

Nacionalidad

COLOMBIANO(A)

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

DONOSO ALBARRACIN LEONARDO ENRIQUE

Documento de identificación (Clase y número)

CCN09.534.869 DE SOGAMOSO

Nacionalidad

COLOMBIANO(A)

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

DONOSO ALBARRACIN LEONARDO ENRIQUE

Documento de identificación (Clase y número)

CCN09.534.869 DE SOGAMOSO

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

Año

2 0 0 9

Mes

D I C

Día

3 0

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Nombre y firma

Nombre y firma del funcionario que autoriza el reconocimiento

NOTARIA
ENCARGADA

Reconocimiento paterno

Firma

ESPACIO PARA NOTAS

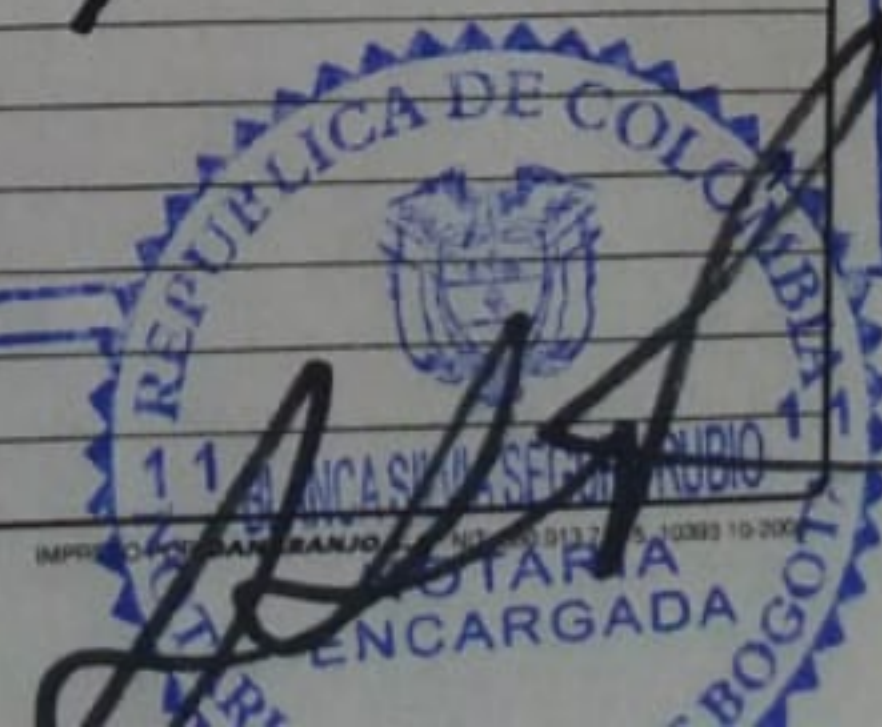
ANOTADO EN EL LIBRO DE VARIOS 220 FOLIOS

En presencia de los parientes.

R.C.

Hoy

22 DIC 2009



- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -