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	**Agosto de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**88804-430915**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MAURICIO TORO RAMIREZ	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	75.089.826	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	mtoror@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	0550455000064838
IP/Nº de contacto:	6351700	**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:	7432921/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**14025**	**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, 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	**01/08/2025 Al 31/08/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 9.505.656
Número de pago	**7**	**Valor Total del Contrato:**	$ 35.722.869
Valor Bruto Pago:	**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 4.906.145

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

		Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9489296995**
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%	$ 29.505.907	$ 901.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 5.126.000		
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

Apoyar la implementación de los principios del Proyecto Educativo Institucional (PEI) en el desarrollo de actividades formativas,
Cumplir con los lineamientos establecidos en el Reglamento del aprendiz SENA, aplicando las disposiciones relacionadas con lospro
Entregar productos específicos según lo estipulado en el como informes, reportes, registros, guías, manuales, formatos y materiales de
Desarrollar actividades de apoyo en la formación profesional integral, garantizando la alineación con los estándares de calidad, efici
Colaborar en la planeación, ejecución y evaluación de procesos de a estrategias específicas definidas para grupos poblacionales divers
Registrar las novedades en el sistema Sofía Plus, asegurando la trazabilidad de los procesos mediante tareas como creación de rutas de
Gestionar el registro de inasistencias y reportar casos para la activación de rutas de deserción o rutas preventivas asociadas a habil
Revisar la consistencia de los datos de aprendices y su actualización en el sistema Sofía Plus u otro dispuesto por el Centro de Forma
Elaborar, actualizar y entregar ajustes razonables en la planeación de la formación, dirigidos a aprendices con habilidades diversas

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



MAURICIO TORO RAMIREZ
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,

ORLANDO SUAREZ MOLINA
INSTRUCTOR G15

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

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 75089826		TORO RAMIREZ MAURICIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 59 3A-30 Apto 601	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	89296995	9489296995	I	2025/08/08	2025/08/15	BANCO AV VILLAS	7	$536,700

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)					$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$0	$0			$1,840,000	$9,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$0	$0			$1,840,000	$9,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$0	$0			$1,840,000	$9,700		$0	$0
1	CC	75089826	TORO MAURICIO	25-14	30	$1,840,000	$294,400	EPS010	30	$1,840,000	$230,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,840,000	$9,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$0	$0			$1,840,000	$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 75089826		TORO RAMIREZ MAURICIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 59 3A-30 Apto 601	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	89296995	9489296995	I	2025/08/08	2025/08/15	BANCO AV VILLAS	7	$536,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$294,400	$1,400	$0	$295,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$294,400	$1,400	$0	$295,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,700	$100	$0	$9,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,700	$100	$0	$9,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,000	$1,100	$0	$231,100
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$230,000	$1,100	$0	$231,100
TOTAL				**1**	**$534,100**	**$2,600**	**$0**	**$536,700**

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

QUALITAS SALUD LTDA. Nit: *800132210-9*
Quinta Camacho: *CRA 10A No. 67-63 Teléfono: 7420654-55-56*
Santa Isabel: *CRA 31B No. 1C-26 Piso 2 Teléfono: 4672492*
www.qualitas-salud.com

CODIGO: SO-FR-02
VERSION: 10
VIGENTE DESDE
04/07/2018

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Impresion:	30-01-2023 14:55:29	**Origen:**	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Paciente:	**TORO RAMIREZ MAURICIO**	**Destino:**	SENA
CC.:	75089826	**Cargo:**	BRIGADITAS
Tipo Evaluación:	PERIODICO	**Nro Ingreso:**	217137
Fecha Ingreso:	30-01-2023 9:23:26	**Fecha Egreso:**	30-01-2023 10:54:33



DESCRIPCIÓN DEL CARGO: APOYO EN LOS SIMULACROS DE EVACUACIONES DENTRO DE LA EMPRESA

PRUEBAS DE APOYO DIAGNÓSTICO

AUDIOMETRIA CON CABINA	APTO	**COLESTEROL ALTA DENSIDAD (HDL)**	NORMAL
ESPIROMETRIA	APTO	**COLESTEROL BAJA DENSIDAD (LDL)**	NORMAL
OPTOMETRIA	APTO	**COLESTEROL TOTAL**	NORMAL
PRUEBA PSICOLOGICA	APTO	**GLICEMIA**	NORMAL
		TRIGLICERIDOS	NORMAL

CERTIFICACIÓN DE APTITUD

CONCEPTO - EXAMEN PERIODICO:	**APTO** para el cargo
CONCEPTO - BRIGADISTA:	CERTIFICACION CONCEPTO BRIGADISTA **APTO**
RESTRICCIONES MEDICAS:	MD: NINGUNA AUDIO: Ninguna ESPIRO: NINGUNA. OPTO: NINGUNA
RECOMENDACIONES MEDICAS:	MD: USO DE EPP SEGÚN ACTIVIDAD LABORAL AUDIO: Control anual ESPIRO: Uso EPR, control semestral por espirometria. OPTO: Pausas visuales, Filtro Anti-reflejo, Control Anual.

Las restricciones y recomendaciones dadas por el Médico Ocupacional, estan conforme a lo establecido por las resoluciones 2346 de 2007, 1918 de 2009 y demás normas aplicables y concordantes, profesiogramas y protocolos propuestos por la empresa contratante, para definir la aptitud del paciente para laborar.

SEGUIMIENTO Y CONTROL

☐ Control por Optometría	☐ Control por Nutrición	☐ Control por Psicología	☐ Control por Cardiología
☐ Control por Otorrinolaringología	☐ Control por Laboratorios	☐ Control por Neurologia	☐ Medicina General
☐ Control Ortopedia	☐ Dermatología	☐ Neumología	☐ Ginecología

CONDUCTA

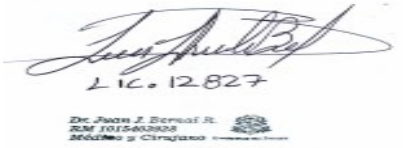
☐ Remitir a E.P.S. - Especialista	☐ No suspender medicación	☑ Pausas activas laborales	☑ Acatar Normas SST de la Empresa
☐ Acatar recomendaciones dadas por el Medico tratante	☑ Manejo de cargas o posturas	☑ Uso E.P.P.	☑ Examen periódico ocupacional Anual

SISTEMA DE VIGILANCIA

☑ Biomecánico	☑ Psicolaboral	☐ Cardiovascular	☐ Químico
☐ Auditivo	☐ Visual	☐ Respiratorio	☐ Biológico

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizo la realización del examen médico ocupacional y exámenes complementarios, solicitados por la empresa de acuerdo al perfil del cargo. He sido informado de cada uno de los procedimientos por el profesional competente. Declaro que la información que he suministrado es verídica y puede ser confirmada; no tengo impedimento mental, ni social para laborar. El empleador debe seguir y ejecutar las recomendaciones registradas en este documento por el Médico Ocupacional.







Profesional Ocupacional: JUAN JHANDERSEN BERNAL ROJAS
Registro S.O.: 1015403928

Firma del Paciente: TORO RAMIREZ MAURICIO
Identificacion: C.C. - 75089826

Registro de Marca de la Superintendencia de Industria y Comercio. Derechos reservados a QUALITAS SALUD LTDA. Prohibida su reproducción.

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 12 de Febrero 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	1029658726	VALERIA TORO MALDONADO	Hijo(a)

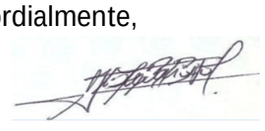
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



MAURICIO TORO RAMIREZ
C.C. 75089826

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.029.658.726

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53957603

53957603

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código W X R

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

REGISTRADURIA DE YOPAL - COLOMBIA - CASANARE - YOPAL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
TORO	MALDONADO

Nombre(s)

VALERIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012 Mes ENE Día 01	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA CASANARE YOPAL

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
PRESENTACION PERSONAL Y FIRMA DEL FOLIO	

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MALDONADO ROSAS ALEJANDRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.118.553.102	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

TORO RAMIREZ MAURICIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 75.089.826	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

TORO RAMIREZ MAURICIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 75.089.826	

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 2013 Mes JUL Día 12	JORGE VILLAMIZAR TRUJILLO - REGIS Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

12 JUL 2013 - SERIAL REEMPLAZA A - 0053580584 - 18 ABR 2013.
RECONOCIMIENTO PATERNO O MATERNO - .

ES FIEL FOTOCOPIA AUTENTICA
TOMADA DEL ORIGINAL
DEL ARCHIVO DE LA REGISTRADURIA
DEL ESTADO CIVIL DE YOPAL

12 JUL 2013

Jorge Villamizar Trujillo
Registrador

ORXPRESS S.A.S. NIT. 900.156.826-1 100238573

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -