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	Setiembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	52675-582372

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	FRANKLIN GIOVANNI AREVALO HERNANDEZ	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	17.347.574	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	fgah763@hotmail.com	Número de Cuenta:	37223242651
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	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:	7428386/2025	Nº Compromiso SIIF	15025	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11

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	01/09/2025	Al	30/09/2025	Saldo Anterior del Contrato:	$ 16.711.556
Número de pago	8			Valor Total del Contrato:	$ 47.528.280
Valor Bruto Pago:		$ 4.599.511,00		Nuevo Saldo del Contrato:	$ 12.112.045

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	$ 2.779.206	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	$ 0

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

		Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	1075510601
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		$ -	
Salud hasta	$ 796.784	$ 359.205	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 927.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 6.174.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.779.206,00	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

Desarrollo del proceso de Formación Profesional Integral con los grupos asignados en el segundo trimestre

Implementación de la Formación Profesional Integral con fichas asignadas para el 2 trimestre de 2025.

Desarrollo de material de apoyo para el proceso de formación

Implementación de estrategias de formación inclusiva, considerando las necesidades específicas de la población objeto de formación,

Participación en proyectos de investigación en el Centro de Formación,

Elaboración, actualización y entrega de planeación para la Formación Profesional Integral

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

FRANKLIN GIOVANNI AREVALO HERNANDEZ
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,

Firmado digitalmente por DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
Fecha: 2025.09.09 14:33:17 -05'00'

DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
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

09/09/25 08:05:56 USUARIO: SIC - C.C. 17347574

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-09-09, 08:00:12 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	agosto de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	agosto de 2025
Empresa	FRANKLIN GEOVANNI AREVALO HERNANDEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 17347574
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1075510601
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1763503144
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 570.900
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 294.400	$ 0
N860066942	EPS008	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	$ 230.000	$ 0
N860011153	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	1	$ 9.700	$ 0
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	$ 36.800	$ 0
		SubTotales:		$ 570.900	$ 0
		Total a Pagar:			$ 570.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

compensar | salud
Plan Complementario

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) FRANKLIN GIOVANNI AREVALO HERNANDEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 17347574, funcionario(a) de FRANKLIN GIOVANNI AREVALO HERNANDEZ, tiene un contrato de PC ESPECIAL CON POS con COMPENSAR EPS, con una vigencia desde 01/06/2023 hasta 31/05/2024 por el cual ha cancelado la suma de TRES MILLONES DOSCIENTOS DOCE MIL SETECIENTOS NOVENTA PESOS ($3.212.790,00) A continuación se relacionan los pagos efectuados desde el 01/06/2023 a la fecha.

.

Número de Recibo	Fecha de Pago	Valor Pagado
19853557	20230608	$ 305,025
19864889	20230714	$ 305,025
19864890	20230815	$ 305,025
19864891	20230912	$ 305,025
19864892	20231013	$ 305,025
19864893	20231111	$ 305,025
19864894	20231215	$ 305,025
20625584	20240123	$ 359,205
20625585	20240301	$ 359,205
20625586	20240408	$ 359,205
Total		**$ 3,212,790**

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 16 días del mes de abril de 2024.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO COMPENSAR

CER-PAS 13199560

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

IPS UNIDAD DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA OLAYA

17347574

RESOLUCIONES 3673 DE 2008 MPS 4272 DE 2021

EMPRESA:	**SENA NIT. 899.99.034-1**	**EPS COMPENSAR**		**FECHA**	20/01/2023
TRABAJOS EN ALTURAS	☐	**POS- OCUPACIONAL O INGRESO**	☑	**PERIÓDICO**	☐
NOMBRES Y APELLIDOS:	**FRANKLIN GIOVANNI ARERVALO HERNANDEZ**			**17.347.574**	
EDAD:	**51 AÑOS**	**SEXO:**	**MASCULINO**	**CARGO A DESEMPEÑAR:**	**INSTRUCTOR**

EXAMENES CLINICOS PRACTICADOS

Evaluacion medico Ocupacional	☑	Examenes Laboratorio	☑	Serologia	☑	C. Hematico	☑
Optometria	☑	Glicemia	☑	Colesterol	☑	Triglicerios	☑
Audiometría	☑	Electrocardiograma	☑	Estatura	**1.69**	Peso	**76.KG**
Espirometría	☑	Osteomuscular	☑	RH	**A +**	F.CARDIACA	**77/120**

Se autoriza al trabajador para laborar en alturas y/o espacios confinados, según resultados del cuestionario, valorización médica ocupacional y paraclínicos según resolución Nº 1409 del 23 de julio del 2012: SI (X) NO ( )

APTO PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR ☑ MOTIVO

NO APTO ☐ MOTIVO

OBSERVACIONES POR DISPOSICION DE LA SECRETARIA DE SALUD Y POR PLAN DE BIOSEGURIADAD CONFIRMAMOS QUE EL PACIENTE MENCIONADO NO PRESENTA SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19

EL EXÁMEN OCUPACIONAL SE REALIZO CON ENFÁSIS EN:MUSCULO ESQUELÉTICO, CASDIOVASCULAR Y PSICOMÉTRICO

EXÁMEN PERIODICO

Puede continuar con su labor **SI** ☑ **NO** ☐ Se sugiere reubicacion laboral **SI** ☐ **NO** ☐

EXÁMEN PERIODICO

Sospecha de enfermedad laboral **SI** ☐ **NO** ☐ Cual _____

Dra. Nancy Yamile Aguilar
Medico Especialista
Salud Ocupacional
46.679.532 R.M. 25-4078

FIRMA DEL ESPECIALISTA

GIOVANNI ARERVALO H

FIRMA DEL PACIENTE

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL:
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
USAR PROTECCION VISUAL DURANTE LA JORNADA LABORAL
SEGUIR LAS RECOMENDACIONES ESTRICTAS DE MEDICINA OCUPACIONAL
HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento

cel 3154489189

centromedicoespecializadolaya@hotmail.com

CopyrightIPS Unidad de Atención Médica Especializada