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** | **60430-807977** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | DIEGO ALEXANDER SUAREZ SUAREZ | **Banco a consignar:** | DAVIVIENDA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 80.176.661 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | dasuarez@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 570004570221467 |
| **IP/Nº de contacto:** | | **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** | 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:** | 7431131/2025 | **Nº Compromiso SIIF** | **20925** | **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** | **01/09/2025** | **Al** | **30/09/2025** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 4.906.145 |
| **Número de pago** | **8** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 35.722.869 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 4.599.511,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 306.634 |

## 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

| | | Setiembre | Agosto |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **1075458623** |
| **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. | $ 6.027.000 | | |
| 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

Inducción y guía para los aprendices sobre el desarrollo de las actividades propuestas desde el plan de trabajo de la competencia.
Formación de las fichas asignadas.Aplicar planeación de formación de acuerdo a la competencia.lista de aprendices de asistencia a form
Desarrollo de entregables del trimestre Llamados de atención, guias de aprendizajes, actas de inicio y cierre,plan de trabajo.
Divulgar información por el correo institucional SENA asistencia, evidencias de actividades y juicios de valor respecto a los procesos
Diseño y notificación de los formatos implementados desde la competencia, para seguimiento de los procesos de formación.
Registro de juicios de valor en la plataforma de sofia plus, informe de punto de control a traves de correo institucional
Ejecucion apoyo a bienestar en las practicas deportivas enfocadas a entrenamientos de voleibol.
Notificación de casos por inasistencias. Seguimiento de aprendices Llamados de atención Estrategias pedagógicas.
Ajuste de planeacion para la inclusion de aprendices con necesidades cognitivas y fisicas, implementacion de diarios de campo en forma

**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

DIEGO SUAREZ

**DIEGO ALEXANDER SUAREZ SUAREZ**
**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,

Digitally signed by DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
Date: 2025.09.16 22:12:02 -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**

## 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** | 2025-09-06, 08:36:20 AM en horario extendido |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | agosto de 2025 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | agosto de 2025 |
| **Empresa** | DIEGO ALEXANDER SUAREZ SUAREZ |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 80176661 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 1075458623 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 1757183966 |
| **Banco** | (1051) - BANCO DAVIVIENDA |
| **Valor** | $ 534.100 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | www.simple.co |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800227940 | 231001 | FDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS | 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 |
| | | | | | |
| | | **SubTotales:** | | $ 534.100 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 534.100 |



**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!

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Salud ocupacional
Dra. Paola Sanabria
MEDICINA LABORAL Y MEDICINA DEL TRABAJO



**IPS SALUD OCUPACIONAL DOCTORA PAOLA**
NIT: 901652712-1

**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL**
**Certificado de aptitud: 80176661-152**

## INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha y Lugar:** | 24/01/2024 - BOGOTA D.C | **Tipo de Examen:** | INGRESO |
| **Paciente:** | DIEGO ALEXANDER SUAREZ SUAREZ | **Identificación:** | 80176661 |
| **Género** | MASCULINO **Edad:** 39 | **Teléfono** | **Móvil:** 3003661964 |
| **Fecha Nacimiento:** | 17/05/1984 | **Cargo:** | INSTRUCTOR |
| **Estado Civil:** | UNIÓN LIBRE | **EPS:** | COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD |
| **Dirección** | CRA 123C#128C-51 | **ARL:** | NO REPORTA |
| **Escolaridad:** | MAESTRIA | **AFP:** | COLFONDOS |
| **Empresa** | PARTICULAR | | |

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

| | |
|---|---|
| **PRUEBA PSICOLÓGICA 16PF** | Diego Suarez, se muestra consciente, sincero y cooperativo; asimismo se encuentra ubicado en persona, tiempo y espacio, su lenguaje es articulado, fluido y congruente.<br>De acuerdo a los resultados obtenidos en la prueba 16PF, el señor Diego Suarez, no presenta ninguna dificultad que le impida cumplir con un desempeño normal, sus puntajes en esta prueba fueron normales dentro de la media. |
| **VISIOMETRIA** | CONTROL ANUAL |
| **EXAMEN MEDICO DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR** | |
| **GLICEMIA** | REALIZADO |

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

**CUMPLE PARA EL CARGO**

Observaciones: HABITOS DE VIDA SALUDABLE - ACTIVIDAD FISICA

| Tipo de Restricción | Condiciones, Factores, Agentes Asociados | Permanente |
|---|---|---|
| NO | | |

## Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

| | |
|---|---|
| BIOMECANICO | PPyP |

## Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO
En la Fecha, Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

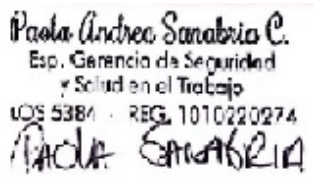
De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA:
En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012 , autorizo a la IPS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.
'

-



Impreso por Software SIMEDI - Salud Laboral - www.sigaltda.com.co




PAOLA ANDREA SANABRIA CASALLAS

Médico Especialista en Salud Laboral

LSO. 5384 26112020
1010220274

DIEGO ALEXANDER SUAREZ SUAREZ 80176661

Firma y cédula del Paciente



Impreso por Software SIMEDI - Salud Laboral - www.sigaltda.com.co

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

, 10 de Febrero del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

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 | 1031829963 | maria jose suarez rusinque | 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,

DIEGO SUAREZ

DIEGO ALEXANDER SUAREZ SUAREZ
C.C. 80176661

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

55764156

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial

**NUIP** 1031941940

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 59 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 1067

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

COLOMBIA ----- CUNDINAMARCA ---- BOGOTA D.C.

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| SUAREZ | RUSINQUE |

Nombre(s)

GABRIELA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2015 Mes AGO Día 06 | FEMENINO | A | POSITIVO |

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

COLOMBIA ------- CUNDINAMARCA ------- BOGOTA D.C.

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | 53075955-0 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos

RUSINQUE TAPIEROS JOHANA PATRICIA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. No. 20830798 DE PUERTO SALGAR | COLOMBIANA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos

SUAREZ SUAREZ DIEGO ALEXANDER

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. No. 80176661 DE BOGOTA D.C. | COLOMBIANO |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

SUAREZ SUAREZ DIEGO ALEXANDER

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. No. 80176661 DE BOGOTA D.C. | Diego Suarez |

**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 2015 Mes AGO Día 22 | OLGA MARÍA VALERO MORENO<br>Nombre y firma |

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP: 1031829963

Indicativo Serial: 52692492

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría: [ ] Notaría: [X] Número: 59 Consulado: [ ] Corregimiento: [ ] Inspección de Policía: [ ] Código: 1067

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido: SUAREZ

Segundo Apellido: RUSINQUE

Nombre(s): MARIA JOSE

Fecha de nacimiento: Año 2012 Mes Oct Día 04

Sexo (en letras): FEMENINO

Grupo sanguíneo: O

Factor RH: POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 116778[illegible]-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: RUSINQUE TAPIEROS JOHANA PATRICIA

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 20.830.798 DE PUERTO SALGAR

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: SUAREZ SUAREZ DIEGO ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 80.176.661 DE BOGOTA D.C

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: SUAREZ SUAREZ DIEGO ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 80.176.661 DE BOGOTA D.C

Firma

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 2012 Mes Oct Día 05

Nombre y firma del funcionario que autoriza

OLGA MARIA VALERO MORENO

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

OLGA MARIA VALERO MORENO

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LV 158 FOLIO 267

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

C.C. 1.012.373.829