

 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 CAUCA CENTRO INDUSTRIAL-CAUCA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1	Código Regional	19
	Código Centro	922110
	Fecha Elaboración	Setiembre de 2025
	Versión	ENERO - 2.25
	ID de Proceso	89370-257422

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos:	VICTOR MANUEL LEON SEGOVIA	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía:	76.321.418	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	vleons@sena.edu.co	Número de Cuenta:	86818785081
IPIN° de contacto:		Presta Servicios Excluidos de IVA:	SI
Inducción SST:	SI	Pertenece al régimen simple de tributación:	SI
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			
N° del contrato:	8300092/2025	N° Compromiso SIIF	783025
		Número de pagos durante la vigencia del contrato	4
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE SOPORTE A LA GESTIÓN, FACILITANDO LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES TÉCNICAS, ASÍ COMO LA IMPLEMENTACIÓN Y CONFIGURACIÓN DE SOLUCIONES TECNOLÓGICAS DESTINADAS A LOS USUARIOS DE LA INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA DE LA ENTIDAD		

DATOS PERIODO DEL PAGO			
Del	10/09/2025	Al	30/09/2025
Número de pago	1	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 11.464.415
Valor Bruto Pago:	\$ 2.333.465,00	Valor Total del Contrato:	\$ 11.464.415
		Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 9.130.950

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 2.333.465	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 2.333.465	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 1.440.165	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
	Setiembre	Agosto			TARIFA
N° Planilla PILA, o . N° Radicación pago SS	-----	88817142	Base retención en la fuente a título de RENTA	1.440.165,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.423.500	\$ 0	Base retención en la fuente a título de ICA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 178.000	\$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 227.800	\$ 0	IVA (SI es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	\$ 7.500	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	0%
Aportes pensión de Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			0,00	0%
Aportes salud de Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			0,00	0%
Aportes ARL de Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			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	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 13.113.736	\$ 480.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 0		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		VALOR A PAGAR	\$2.333.465,00	

SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS MCTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Según informe adjunto entregado supervisor de contrato

Ofrecer asistencia directa a los usuarios en las sedes regionales y centros de formación, resolviendo problemas de hardware, software

Priorizar y gestionar incidencias reportadas, atender solicitudes de servicio relacionadas con componentes de servicio ofimáticos.

Identificar oportunidades de mejora continua en procesos de soporte TSS, proponer soluciones de optimización y eficiencia operativa.

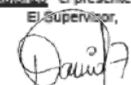
Actualizar documentación té. de equipos, redes, registros y configuración procesos de mantenimiento y resolución de problemas.

Ejecutar actividades programadas de mantenimiento para el funcionamiento óptimo de los equipos y sistemas tecnológicos.

Apoyar la implementación, despliegue servicios nuevos, redes, actualizaciones, minimizando el impacto en las operaciones.

Note: Se cumplen con las obligaciones del mes en curso.

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE: 1. Cumpli 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	 VICTOR MANUEL LEON SEGOVIA 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 periodo 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,  DAVID ALEXANDER ALMARIO VALENCIA 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
DANIELA MOSQUERA ERAZO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

DATOS DEL APORTANTE											
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	DATOS DE LA PLANILLA				
CC	78521418	victor manuel leon segovia	campo real torre E apto 708	8363550	victormanuelleon@hotmail.com		TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO					EMPLERADOS	UPC
ÚNICA	1 - Indefinida			CAUCA	BOYACÁ	NO	PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES		TOTAL A PAGAR	
							2025-08	2025-08	I	11/09/2025 88817142 \$437.700	

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. Afiliado
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EP9005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	7	800	0	178.800	1

TOTALES PENSION												
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. Afiliado
230301	Purcell	80022408-8	227.800	0	0	0	0	7	1.100	0	228.900	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto	Días	Valor Mora	Subtotal	No. Radicado	Valor Saldo a	Fondo	Total a Pagar	No. Afiliado
				No. Autorización	Valor	Sistemas	Cotización	Mora	Cotización	Cotización	Saldo a Favor	Favor	Solidaridad		

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

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
BENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IPR y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.800
Prenatal	1	227.800	228.900
Riesgos Laborales	0	0	0
COF	0	0	0
EGAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALPK	2	405.800	407.700

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DATOS DEL APORTANTE										DATOS DE LA PLANILLA					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD			
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUBSUCAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO		PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES		IMPAGOS	UPC				
CC	7552-14-16	victor manuel leon segovia	campe real Torra E. apto. 708	6363550	victormanuel7@gmail.com							1	0		
ENTRADA	Salud y Pensiones						2025-08	2025-08	1	1169-0505	8881742	TOTAL A PAGAR \$407 700			

DETALLE POR COTIZANTE[illegible]

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Última planilla pagada

Tipo Planilla	Número Planilla	Periodo Pensión	Estado	Valor pagado	 Ver PDF
	88817142	Agosto de 2025	Pagada	\$ 407.700	
		Periodo Salud	Fecha pago		
		Agosto de 2025	11/09/2025		

Tipo Planilla	Número Planilla	Periodo Pensión	Estado	Valor pagado	 Ver PDF
	88533730	Periodo Salud	Fecha pago	\$ 40.600	
		Julio de 2025	Pagada		
		Julio de 2025	30/07/2025		

Tipo Planilla	Número Planilla	Periodo Pensión	Estado	Valor pagado	 Ver PDF
	82935126	Noviembre de 2024 Periodo Salud Noviembre de 2024	Pagada Fecha pago 27/12/2024	\$ 376.000	

Para más detalles,
consulta nuestro **Centro
de ayuda**, ingresando a:
[https://ayuda.miplanilla.
com/hc/es-
419/articles/38777436
886548](https://ayuda.miplanilla.com/hc/es-419/articles/38777436886548)

Cifras de interés

Salario mínimo para el
año 2025
\$1.423.500

Cotización de salud
\$178.000

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
Espacio reservado para la DIAN				Página 2 de 3 Hoja 2			
				4. Número de formulario		141170374782	
5. Número de identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional Ingesta y Admisión de Pagos		14. Buzón electrónico	
Características y formas de las organizaciones							
62. Naturales		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos (o derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados o r. sociedades y organizaciones extranjeras)			
65. Fondos		66. Cooperativas		65. Extranjero			
68. Sin personalidad jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas					
Constitución, Registro y Última Reforma							
Documento		1. Constitución		2. Reforma		Composición del Capital	
71. Clase		0 9				62. Nacional	
72. Número							
73. Fecha						63. Nacional público	
74. Número de notaría							
75. Entidad de registro		0 3				64. Nacional privado	
76. Fecha de registro		2 0 0 4 0 8 0 9					
77. No. Matricula mercantil		8 6 2 7 6				65. Extranjero	
78. Departamento		1 9					
79. Ciudad/Municipio		3 8				66. Extranjero público	
Vigencia							
80. Desde						67. Extranjero privado	
81. Hasta							
Entidad de vigilancia y control							
88. Entidad de vigilancia y control							
Estado y Beneficio							
Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de identificación Tributaria (NIT)	92. DV			
1				-			
2				-			
3				-			
4				-			
5				-			
Vinculación económica							
93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial			95. Número de identificación Tributaria (NIT) de la matriz o controlante		96. DV	
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante							
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior		171. País		172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP			
173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP							

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **VICTOR MANUEL LEON SEGOVIA**, identificado con CC No. **76321418**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA – NI. 8999999034	Fecha de inicio de cobertura: 08/09/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 08/09/2025 Fecha fin de Contrato: 31/12/2025 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad para continuar con la cobertura.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 11 días del mes de septiembre de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.



Verificados los resultados del participante en el curso virtual
Función Pública certifica que:

Victor manuel Leon segovia

C.C 76.321.418

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 29 de julio 2025

Aura Isabel Mora

Código: 769294313000

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano