

 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)		Código Regional		11
			Código Centro		940310
	REGIONAL DISTRITO CAPITAL		Fecha Elaboración		Setiembre de 2025
	CERTIFICACION COMPETENCIAS LABORALES-CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SA		Versión		ENERO - 2.25
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		ID de Proceso		58361-506078
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos: MARTA YADIRA TORRES RODRIGUEZ		Banco a consignar: BANCOLOMBIA			
Cédula de Ciudadanía 46.365.682		Tipo de cuenta: AHORROS			
Correo electrónico: mytorres@sena.edu.co		Número de Cuenta: 20376520740			
IP/N° 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		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				SI	
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: 7838745/2025		N° Compromiso SIIF 29025		Número de pagos durante la vigencia del contrato 8	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		SERVICIOS PERSONALES:PRESTAR TEMPORALMENTE LOS SERVICIOS PROFESIONALES, EN EL CENTRO DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD DEL SENA, PARA GESTIONAR LA EJECUCIÓN DEL PROCESO "GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS LABORALES", Y CUMPLI			
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del 01/09/2025 Al 30/09/2025		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 20.600.000	
Número de pago 5		Valor Total del Contrato:		\$ 41.200.000	
Valor Bruto Pago: \$ 5.150.000,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 15.450.000	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios \$ 5.150.000		Ninguno		0,00%	
Ingresos por comisiones \$ 1.468.392		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0					
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 6.618.392		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 4.515.492		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
		Setiembre Agosto		Base retención en la fuente a titulo de RENTA 4.515.492,00 TARIFA	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----89165447		Base retención en la fuente a titulo de ICA 6.031.292,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 2.060.000 \$ 2.060.000		Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 257.500 \$ 257.500		IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 329.600 \$ 329.600		Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ - \$ 0		Menos Retencion IVA 0,00 15%	
ARL I		\$ 10.800 \$ 10.800		Reteica - 8299 - BOGOTÁ 58.262,00 0,966%	
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% \$26.227.473		\$ 1.505.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 5.414.000				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Retención en la Fuente Contingente \$				VALOR A PAGAR \$5.091.738,00	
SON: CINCO MILLONES NOVENTA Y UN MIL SETECIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Realizar el alistamiento para verificación de proyectos ECCL					
Realizar revisión de solicitudes y alistamiento de proyectos con el sector productivo: COFREM, ASORESCATE					
Participación en Reuniones citadas por el Centro de Formación y la Regional DC. y/o la Regional Distrito Capital					
Se organiza con las empresas los ambientes requeridos para desarrollar los proyectos, según actas de formalización de compromisos					
Se gestiona adición presupuestalpor necesidades del Centro de Formación en el proceso ECCL					
Se realiza acompañamiento y trazabilidad a los proyectos formalizados en el aplicativo a fin de que se logre aportar a la meta asignad					
Se comunica a la líder SIGA el cargue de indicadores II TRIMESTRE					
Se realiza reunión de seguimiento de todo el equipo de evaluadores con los dinamizadoresde instrumentos, se aprueban dos baterías					
Revisión de evidencias e informes de los evaluadores					
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				MARTA YADIRA TORRES RODRIGUEZ EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO					
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:				Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
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.				MARTHA IRENE TELLEZ BAREÑO 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 CARLOS ARTURO SALGAR RAMÍREZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02					

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	46365682	MARTA YADIRA TORRES RODRIGUEZ		Calle 54a sur 37a11 bloque 5 apto 204	3173101761	martayatro@hotmail.com
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	
2025-08	2025-08	I	25/08/2025	89165447	\$608.700	

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. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	257.500	0		0		0	0	0	0	257.500	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	329.600	0	0	0	0	0	0		329.600	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	21.600				21.600	0	0	21.600			216	21.600	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	257.500	257.500
Pensión	1	329.600	329.600
Riesgos Laborales	1	21.600	21.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	608.700	608.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	46365682	MARTA YADIRA TORRES RODRIGUEZ		Calle 54a sur 37a11 bloque 5 apto 204	3173101761	martayatro@hotmail.com
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
2025-08	2025-08	I	25/08/2025	89165447	10
					TOTAL A PAGAR
					\$608.700

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 exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	46365682	TORRES RODRIGUEZ MARTA YADIRA				59	0		N																		25-14	2.060.000	329.600	0	0	0	0	EPS008	2.060.000	257.500	14-23	2.060.000	2	21.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA