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)

DIRECCIÓN GENERAL

SECRETARIA GENERAL

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**1**
Código Centro	**101001**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**92719-727609**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ARIEL SILVINO ESPINOSA BLANCO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	7.181.129	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	asepinosa@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	08880151364
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**	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

Nº del contrato:	7364048/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**89325**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: 01-9-2025-005087 LIDERAR EL PROCESO DE PLANEACIÓN, GESTIÓN Y PUESTA EN DESARROLLO DE OPORTUNIDADES DE MEJORA CON RELACIÓN A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD QUE BRINDA EL SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL DEL SENA DURANTE LA VIGENC

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/09/2025**	**Al**	**30/09/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 30.900.000
Número de pago	**8**			**Valor Total del Contrato:**	$ 84.460.000
Valor Bruto Pago:			**$ 7.725.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 23.175.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 7.725.000	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	**$ 7.725.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.541.600**	**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		----------	**9491330256**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 3.090.000	$ 3.090.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 386.300	$ 386.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 494.400	$ 494.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 16.200	$ 16.200
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		$ 772.500	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 1.514.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 10.497.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	4.541.600,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	6.844.300,00	
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	66.116,00	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	**$7.658.884,00**	

SON: SIETE MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Revisión de Alertas e informes de seguridad del INVIMA que tienen aplicación al SMA Nacional

Inclusión y activación de medicamentos por solicitud de médicos auditores previo estudio y análisis en el INVIMA en el aplicativo SPU

Participación en capacitaciones de Adopción de prácticas clínicas SMA Dirección General

Elaboración informe técnico mensual en ejecución de contrato No CO1.PCCNTR.7364048 del año 2025

Gestión de evidencias, revisión y redacción de compromisos en informes de gestión contractual

Planificación y ejecución de reuniones de mesas técnicas para el seguimiento de procesos contractuales

Coordinación de Mesas técnicas con Regionales del SMA a nivel Nacional

Planificación y ejecución de reuniones de mesas técnicas para el seguimiento de procesos administrativos y de habilitación del SMA

Cronograma de mesas técnicas de seguimiento en procesos de habilitación las regionales del SMA vigencia 2025

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

Ariel S. Espinosa B.

ARIEL SILVINO ESPINOSA BLANCO
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,

ALEXANDER RAMIREZ MEDINA
PROFESIONAL G01(E)

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
MANUELA VALENTINA GARCIA CANO
SECRETARIO GENERAL G10

15/09/25 17:45:45 USUARIO: SIC - C.C. 7181129

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 7181129		ESPINOSA BLANCO ARIEL SILVINO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 25 NO.49-44 SUR BQ 14 APTO 434	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7603251	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1746904385	9491330256	I	2025/09/08	2025/09/02	BANCOLOMBIA	0	$896,900

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)					$3,090,000	$494,400			$3,090,000	$386,300			$0	$0			$3,090,000	$16,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,090,000	$494,400			$3,090,000	$386,300			$0	$0			$3,090,000	$16,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$3,090,000	$494,400			$3,090,000	$386,300			$0	$0			$3,090,000	$16,200		$0	$0
1	CC	7181129 ESPINOSA ARIEL	25-14	30	$3,090,000	$494,400	EPS005	30	$3,090,000	$386,300		0	$0	$0	14-23	30	$3,090,000	$16,200	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$3,090,000	$494,400			$3,090,000	$386,300			$0	$0			$3,090,000	$16,200		$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 7181129		ESPINOSA BLANCO ARIEL SILVINO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 25 NO.49-44 SUR BQ 14 APTO 434	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7603251	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1746904385	9491330256	I	2025/09/08	2025/09/02	BANCOLOMBIA	0	$896,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$494,400	$0	$0	$494,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$494,400	$0	$0	$494,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,200	$0	$0	$16,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$16,200	$0	$0	$16,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$386,300	$0	$0	$386,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$386,300	$0	$0	$386,300
TOTAL				**1**	**$896,900**	**$0**	**$0**	**$896,900**

FORMATO DE CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá D.C. 15 de septiembre de 2025

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
SENA

Asunto: Información de dependientes para efectos del uso del beneficiario tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de empleado contribuyente y en cumplimiento de los previsto por el parágrafo segundo del Artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el Artículo15 de la Ley 1607 de 2012 y el Parágrafo cuarto del Artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene la calidad de dependiente a mi cargo:

TI	1.050.103.355	María Paula Espinosa Pelayo	Hijo

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.

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 citada.

Igualmente, con mi firma declaro que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por la misma persona arriba relacionada.

Cordialmente,

Ariel S. Espinosa B.

Ariel Silvino Espinosa Blanco

Contratista SENA

CC 7181129 de Tunja

Notaría 1ª
Tunja - Boyacá

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1050103355

Indicativo Serial 60527513

60527513

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D 5 N

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

COLOMBIA - BOYACA - TUNJA - NOTARIA 1 TUNJA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ESPINOSA	PELAYO

Nombre(s): MARIA PAULA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2008 Mes SEP Día 10	FEMENINO	B	NEGATIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): VENEZUELA - PORTUGUESA - ACARIGUA ARAURE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO	

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: PELAYO ESCALONA ROXIBELL DEL CARMEN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
PP No. 92717862	VENEZUELA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: ESPINOSA BLANCO ARIEL SILVINO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 7181129	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ESPINOSA BLANCO ARIEL SILVINO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 7181129	Ariel S. Espinosa B.

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 2019 Mes NOV Día 18	HERNAN MONTAÑA RODRIGUEZ Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

VALIDO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO

NOTARIA PRIMERA DE TUNJA
LA PRESENTE REPRODUCCIÓN ES FIEL Y AUTENTICA COPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN EL PROTOCOLO DE ESTA NOTARIA.
21 MAR. 2023
ANDREA LILIANA YUNIS CUBIDES
NOTARIA (E)

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -