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	**46272-298046**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DANIELA PAOLA CORTEZ CATAÑO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.030.664.496	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	dpcortez@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	17433858395
IP/Nº de contacto:	3204667785	**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:	7432538/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**12325**	**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	**$ 2.704.460**	**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		----------	**1075271131**
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%	$ 36.062.775	$ 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

Orientar Formación Profesional Integral a los aprendices según programación de fichas asignadas

Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo.

Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de procesos formativos y/o productivos.

Apoyar el desarrollo de la formación profesional integral con calidad, oportunidad y eficiencia en los programas de nivel tecnológicos

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

DANIELA PAOLA CORTEZ CATAÑO
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 Samir Arturo Bravo Chadid
Fecha: 2025.09.22 13:14:02 -05'00'

SAMIR ARTURO BRAVO CHADID
INSTRUCTOR G19

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

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	2025-09-03, 10:50:16 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	agosto de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	agosto de 2025
Empresa	DANIELA PAOLA CORTEZ CATANO
CEDULA CIUDADANIA	CC 1030664496
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1075271131
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1749018099
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 570.900
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 294.400	$ 0
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	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!

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA 28 DE ENERO DEL 2023 **TIPO DE EXAMEN PARACLINICO** INGRESO.
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA O LABORO PARTICULAR.

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE:

NOMBRE: DANIELA PAOLA CORTEZ CATAÑO **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** C.C. 1030664496 DE BOGOTA
GENERO: FEMENINO. **EDAD**: 26 AÑOS **FECHA DE NACIMIENTO**: 20 DE MARZO 1996 **G. SANGUINEO** O +
ESTADO CIVIL:UNIÓN LIBRE. **ARL** POSITIVA **EPS** SALUD TOTAL EPS **CORREO** Cortesdaniela_96@hotmail.com
TELEFONO: 3204667785 **DIRECCION**: CALLE 45 A SUR 89 B 42 **BARRIO** KENNEDY LAS MARGARITAS
CARGO: INSTRUCTORA

CONSULTA / PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMENENES REALIZADOS:

EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR autorizo Al Dr abajo mencionado a realizar el examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explica do la naturaleza y propósito del examen médico y paraclínicos ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. A partir de lasesorías brindada antes de las respectivas toma de las pruebas entiendo que la realización delas pruebas es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizara el/los exámenes las respuestas dada por mi están completos y son verificadas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi 8firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

OBSERVACIONES: ESTE EXAMEN SE REALIZA EN CONDICIONES DE REPOSO. EVALUACION CON ENFASIS EN ALTERACIONES OSTEOMUSCULAR, CARDIOVASCULAR Y PSICOMETRICO.

GLUCOMETRIA: 102. Mg/ dl normal

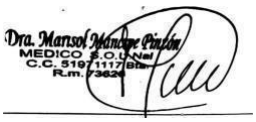
CONCEPTO DE SALUD OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR, CARDIOVASCULAR, PSICOSOCIAL Y PSICOMETRICO: SIN RESTRICCION PARA EL CARGO

DIAGNÓSTICO: 1. ADULTO SOBREPESO 2. MIOPIA Y ASTIGMATISMO SEGÚN VALORACIÓN POR OPTOMETRIA. GLICEMIA: NORMAL.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES * CAPACITACION SEGÚN MATRIZ DE RIESGOS Y PELIGROS * HIGIENE POSTURAL* HIGIENE BIOMEDICA INTEGRAL *PAUSAS ACTIVAS LABORALES * USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.

RECOMENDACIONES MEDICAS: NINGUNA **SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA** NINGUNA **ESTILOS DE VIDA SALUDABLE*** REALIZAR ACTIVIDAD FISICA REGULAR MENTE, MANEJO DEL ESTRÉS. **OTRAS RECOMENDACIONES** USO DE ME.DIAS ANTIVARICES. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGÚN LO ESTABLECIDO POR SECRETARIA DE SALUD POR PERIODO DE PANDEMIA SARS 2 COVID 19. Los hallazgos fueron consignados en la historia clínica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007.

EVALUADO POR



DRA. MARISOL MANCIPE PINZON
MEDICO RM 73626 06
LICENCIA SALUD Y SEGURIDAD 13994 16

TRABAJADOR

Daniela Cortez

DANIELA PAOLA CORTEZ CATAÑO
C.C. 1030664496 DE BOGOTA

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá 17 de septiembre de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
Bogotá

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:

T.I.	**1012925715**	**DANNA SALOME CAMELON CORTEZ**	**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 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,

Daniela Cortez

C.C. 1.030.664.496

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1012925715

Indicativo Serial 60680115

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría: Notaría X Alcaldía: Consulado: Corregimiento: Inspección de Policía: Código: 1003

NOTARIA 3 DE BOGOTA - COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CAMELON	CORTEZ

Nombre(s)

DANNA SALOME

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Primer indígena	Factor RH
Año 2019	Mes OCT	Día 12	FEMENINO	O	NEGATIVO

Lugar de nacimiento (Nal: Departamento, Municipio, Corregimiento o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigo | Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | 15565053-2

Datos de la madre (Para casos de madres indígenas con filiación, o cuando el registro sea extemporáneo, aportar el documento que ordenen la declaración para el registro civil del menor)

Apellidos y nombres completos

CORTEZ CAÑAÑO DANIELA PAOLA

Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad

C.C 1030664436 | COLOMBIANA

Datos del padre (Para casos de padres indígenas con filiación, o cuando sea menor el progenitor que ordenen la declaración para el registro civil del menor)

Apellidos y nombres completos

CAMELON VELASQUEZ JEISSON CAMILO

Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad

C.C 1057164145 | COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CAMELON VELASQUEZ JEISSON CAMILO

Documento de identificación (Clase y número) | Firma

C.C 1057164145 | J. Jeisson Camelon

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) | Firma

Fecha de inscripción

Año 2019 Mes OCT Día 19

Nombre y firma del funcionario que autoriza

MARLEN ORTIZ [illegible]

Reconocimiento paterno

J. Jeisson Camelon V.

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

MARLEN ORTIZ [illegible]

ESPACIO PARA NOTAS

2000 DE VARIOS TOMOS (AUTORIZO) ACEPTO RECONOCIMIENTO DANIELA PAOLA CORTEZ CAÑAÑO