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	**Octubre de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**35332-519657**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	SANDRA XIMENA RIOS PINTO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	63.478.515	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	sxrios@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	3328771224
IP/Nº de contacto:		**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**	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:	7442951/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**22425**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios profesionales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Gestión Administrativa para ejecutar acciones de formación presencial en su sede principal y colegios del Programa de Articulación con la Media, en la red de conocimiento Gestión Administrativa y Financiera, áreas temáticas: Gestión

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2025**	**Al**	**31/10/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 9.199.022
Número de pago	**9**			**Valor Total del Contrato:**	$ 44.308.623
Valor Bruto Pago:			**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 4.599.511

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	**$ 3.049.411**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

		Octubre	Setiembre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**7986218755**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.049.411,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 1.839.804	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.075.111,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 230.000	$ 230.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 294.400	$ 294.400	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 I		$ 9.700	$ 9.700	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Reteica - 8299 - BOGOTÁ	39.366,00	0,966%
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		$ -		-	0,00	0%
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%	$ 32.784.341	$ 1.016.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 7.737.000					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**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

ASESORIA PEDAGOGICA COLEGIO SOLEDAD ACOSTA DE SAMPER

SENSIBILIZACION GRADO NOVENO A COLEGIO TECNICO MENORAH T.A.A

PRUEBAS DESEMPEÑO Y PRODUCTO COLEGIO LICEO LOPEZ OSORIO

ACOMPAÑAMIENTO INTEGRAL A APRENDICES DE ARTICULACION

ENTREGA DE ACTAS Y GESTION DOCUMENTAL AL POOL SENA

SUSTENTACIONES A PROYECTOS PRODUCTIVOS COLEGIO INST. SAN FRANCISCO

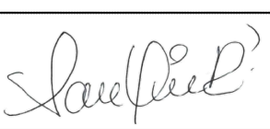
SEGUIMIENTO A PROYECTOS PRODUCTIVOS COLEGIO COFRATERNIDAD DE SAN FERNANDO

PRUEBAS DESEMPEÑO Y PRODUCTO COLEGIO LICEO AVENIDA DE LAS AMERICAS

SEGUIMIENTO DRIVES GAES PROYECTOS PRODUCTIVOS CCEB IED

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



SANDRA XIMENA RIOS PINTO
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,

MIGUEL ANGEL RUIZ BOHORQUEZ
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

09/10/25 19:38:27 USUARIO: SIC - C.C. 63478515

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	63478515
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SANDRA XIMENA RIOS PINTO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 55 N.4A-27	TELÉFONO:	6475370
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Educación técnica profesional.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7986218755**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		1			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/10/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1834695780

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	$ 294.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 294.600**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8300035647	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 230.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 230.200**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600135703	CCF21	CCF21-CAFAM	1	$ 11.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 11.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 9.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 545.200**
VALOR MORA:	**$ 600**
TOTAL PAGADO:	**$ 545.800**

Planilla Pagada

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

EXÁMENES PARA:
SALUD OCUPACIONAL
LABORATORIO CLÍNICO
LICENCIA DE CONDUCCIÓN



CRC PROFESIONALES DE LA SALUD VILLA MAYOR SAS
NIT: 900708180-2

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 63478515-28616

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	30-1-2024 - BOGOTA D.C		**Tipo de Examen:**	INGRESO	
Paciente:	SANDRA XIMENA RIOS PINTO		**Identificación:**	63478515	
Género	FEMENINO	**Edad:** 51	**Teléfono**	0	**Móvil:** 3182151688
Fecha Nacimiento:	30/08/1972		**Cargo:**	DIRECTORA ADMINISTRATIVA	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**EPS:**	FAMISANAR	
Dirección	CALLE 55 4ª-27		**ARL:**		
Escolaridad:	ESPECIALIZACION		**AFP:**		
Empresa	INDEPENDIENTE				

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRÍA	EXAMEN AUDITIVO DE INGRESO SATISFACTORIO, SE PROPORCIONA PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO.
VISIOMETRÍA-OPTOMETRIA	PAUTAS DE HIGIENE VISUAL; USO RX OPTICA PERMANENTE; INGRESAR SVE ; CONTROL ANUAL.
MEDICINA OCUPACIONAL-PSICOSOCIAL	HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS CADA DOS HORAS, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.
PERFIL LIPIDICO CLINICO	Realizado-GLICEMIA

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO
SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO
CONTRATISTA INDEPENDIENTE

Observaciones: ESTE EXAMEN SE REALIZA EN CONDICIONES DE REPOSO. NO SE EVIDENCIA LIMITACION O RIESGO PARA QUE EL TRABAJADOR REALICE MOVIMIENTOS REPETITIVOS PROLONGADOS. EVALUACION CON ENFASIS EN ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES Y CARDIOVASCULARES.
PACIENTE NIEGA SINTOMAS RELACIONADOS CON INFECCION POR COVID 19 Y NIEGA CUALQUIER RIESGO DE NOCION DE CONTAGIO RELACIONADA.
CIRCULAR 030/2020 MINISTERIO DE PROTECCIÃ “N SOCIAL
AL EXAMEN FISICO NO SIGNOS CLINICOS DE INFECCION POR COVID 19 – HIGUIENE POSTURAL – EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN PSICOSOCIAL-NO SE EVIDENCIAN RIESGOS ASOCIADOS A ESTRÉS NI ANTECEDENTES PATOLOGIAS CLINICAS
SIN APARENTE PRESENCIA DE FACTORES DE COMORBILIDAD ASOCIADOS. CUMPLIR CON LAS RECOMENDACIONES CONTRA EL COVID-19: USO TAPABOCAS, LAVADO FRECUENTE DE LAS MANOS, USO PERMNENTE Y OBLIGATORIO DE TAPABOCAS, CUANDO SE TENGAN SINTOMAS -MANTENGA DISTANCIA SOCIAL DE 2 MTS.SE RECOMIENDA

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

NO

Información de Remisiones

NUTRICION

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 SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos 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 paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a 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. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Firmo para constancia.

JIM R. SÁNCHEZ B.
Médico Cirujano
R.M.79.762.200 - S.S.B
L.S.O. 26 04/01/2019

JIM ROGER SANCHEZ BENAVIDEZ 26 04/01/2019 79762200
Médico Especialista en Salud Laboral

SANDRA XIMENA RIOS PINTO 63478515
Firma y cédula del Paciente