

SENA

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

Código Centro

Fecha Elaboración

Versión

ID de Proceso

11

940410

Octubre de 2025

ENERO - 2.25

37567-687929

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:

JUAN CARLOS PEREZ SUAREZ

Banco a consignar:

BANCO FALABELLA

Cédula de Ciudadanía

6.771.708

Tipo de cuenta:

AHORROS

Correo electrónico:

jcperesuarz@misena.edu.co

Número de Cuenta:

111050288013

IP/Nº de contacto:

16026

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:

7628247/2025

Nº Compromiso SIIF

48325

Número de pagos durante la vigencia del contrato

8

OBJETO CONTRACTUAL:

(Descripción 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, sedes y organizaciones, ejecutando acciones

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del

01/10/2025

Al

02/10/2025

Saldo Anterior del Contrato:

\$ 306.634

Número de pago

8

Valor Total del Contrato:

\$ 30.663.407

Valor Bruto Pago:

\$ 306.634,00

Nuevo Saldo del Contrato:

\$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios

\$ 306.634

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

\$ 306.634

Menos, Retefuente Otros Ingresos

\$ 0

BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE

\$ 0

TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO

\$ 0

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

Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS

9491956170

Base retención en la fuente a título de RENTA

0,00

TARIFA

Ingreso Base de Cotización - IBC

\$ 1.423.500

\$ 1.839.804

Base retención en la fuente a título de ICA

0,00

Aporte obligatorio a seguridad social salud

\$ 178.000

\$ 230.000

Valor base IVA

0,00

Aporte obligatorio a seguridad social Pensión

\$ 227.800

\$ 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

\$ 7.500

\$ 9.700

Menos Retencion IVA

0,00

15%

Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes

\$ -

-

Reteica - 8299 - BOGOTÁ

0,00

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

\$ -

-

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

\$ 0

0,00

Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.

\$ 6.683.000

Retención en la Fuente Contingente

\$

Descuentos de embargo (Si tiene)

0,00

VALOR A PAGAR

\$306.634,00

SON: TRESCIENTOS SEIS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Programar Actividades en la Plataforma Zajuna, realizar la revisión, seguimiento, emitir las observaciones y notas correspondientes, a

Elaboración y retroalimentación de material de apoyo para el proceso de formación asignado de acuerdo a la programación establecida p

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

JUAN CARLOS PEREZ SUAREZ
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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 6771708		PEREZ SUAREZ JUAN CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 152A 46 60	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-09	2025-09	1824746619		9491956170	I	2025/10/03	2025/10/03	BANCO FALABELLA	\$570,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,839,805	\$294,400			\$1,839,805	\$230,000			\$1,839,805	\$36,800			\$1,839,805	\$9,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,839,805	\$294,400			\$1,839,805	\$230,000			\$1,839,805	\$36,800			\$1,839,805	\$9,700		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,839,805	\$294,400			\$1,839,805	\$230,000			\$1,839,805	\$36,800			\$1,839,805	\$9,700		\$0	\$0	
1	CC	6771708	PEREZ JUAN	25-14	30	\$1,839,805	\$294,400	EPS017	30	\$1,839,805	\$230,000	CCF22	30	\$1,839,805	\$36,800	14-23	30	\$1,839,805	\$9,700	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,839,805	\$294,400			\$1,839,805	\$230,000			\$1,839,805	\$36,800			\$1,839,805	\$9,700		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 6771708		PEREZ SUAREZ JUAN CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 152A 46 60	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1824746619	9491956170	I	2025/10/03	2025/10/03	BANCO FALABELLA	0	\$570,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$294,400	\$0	\$0	\$294,400	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$294,400	\$0	\$0	\$294,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,700	\$0	\$0	\$9,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$9,700	\$0	\$0	\$9,700	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$36,800	\$0	\$0	\$36,800	
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	\$36,800	\$0	\$0	\$36,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$230,000	\$0	\$0	\$230,000	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$230,000	\$0	\$0	\$230,000	
TOTAL				1	\$570,900	\$0	\$0	\$570,900	



N° 5.541

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
27 DÍA	01 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES				PARTICULARES			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
PEREZ SUAREZ JUAN CARLOS				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	57 AÑOS 10 MESES 23 DÍAS	CC	6771708
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo INGENIERO DE SISTEMAS							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO PARA EL CARGO CON PATOLOGÍA APARENTE QUE NO LIMITA LAS FUNCIONES ASIGNADAS							
Observaciones: NO APLICA							
APTO		ANEXO CARDIOVASCULAR					
APTO		ANEXO OSTEOMUSCULAR					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL				GLICEMIA			
ANEXO OSTEOMUSCULAR				PERFIL LIPIDICO (COLESTEROL TOTAL- TRIGLICERIDOS)			
OPTOMETRÍA				ANEXO CARDIOVASCULAR			
CUADRO HEMATICO III				PRUEBAS PSICOMETRICAS			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL			USO DE EPP			HÁBITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			SVE VISUAL			FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
						HACER DEPORTE	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____ Nombre: GUARIN HOLGUIN YULI MARCELA				 Firma: _____ Nombre: PEREZ SUAREZ JUAN CARLOS			

R. M.: 53164665

L.S.O.: 15078

Código de Seguridad

CC: 6771708

H860N1T5541