

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

80016-588740

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:

JUAN MANUEL SANABRIA GARCIA

Banco a consignar:

BANCO CAJA SOCIAL

Cédula de Ciudadanía

1.032.393.197

Tipo de cuenta:

AHORROS

Correo electrónico:

jmsanabriag@sena.edu.co

Número de Cuenta:

24022574381

IP/N° de contacto:

0

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

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:

Servicios en general a persona declarante de renta

TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.

0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:

7433465/2025

Nº Compromiso SIIF

6925

Número de pagos durante la vigencia del contrato

9

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

9

Valor Total del Contrato:

\$ 35.722.869

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

Servicios en general a persona declarante de renta

0,00%

Ingresos por comisiones

\$ 0

Retención en la Fuente del Periodo

\$ 0

Ingresos de otros meses cobrados en el mes

\$ 0

Menos, ReteFuente Otros Ingresos

\$ 0

TOTAL INGRESOS DEL PERIODO

\$ 306.634

TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO

\$ 0

BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE

\$ 0

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

Octubre

Setiembre

Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS

89472604

Ingreso Base de Cotización - IBC

\$ 1.423.500

\$ 1.839.804

Aporte obligatorio a seguridad social salud

\$ 178.000

\$ 230.000

Aporte obligatorio a seguridad social Pensión

\$ 227.800

\$ 294.400

Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional

\$ -

\$ 0

ARL

I

\$ 7.500

\$ 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

\$ 6.540.000

-

Dependientes hasta

\$ 30.663

-

Salud hasta

\$ 796.784

\$ -

Renta Exenta 25%

\$29.505.907

\$ 0

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

\$ 0

-

Retención en la Fuente Contingente

\$ -

-

Base retención en la fuente a título de RENTA

0,00

TARIFA

Base retención en la fuente a título de ICA

0,00

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

0,00

0,966%

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%

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

Formación con las fichas 2926255 TGD, 2996696, 2996781 TGD, 2977696, 22712731, 2767947 TGB en la competencia Interacción lengua ingles

Registro de inasistencias injustificadas de los aprendices en la plataforma SOFIAPLUS

Actualización de datos del instructor en la plataforma Sofia Plus.

Diseño de actividades de aprendices a aprendices en general y con aprendizaje diverso.

Presentación de actas e informes de inicio a la formación profesional integral.

Reunión de inicio de la formación con el Coordinador Académico.

Reunión de equipo executor para el alistamiento de la PFI.

Reunión de equipo executor para el alistamiento de la PFI.

Actividades adicionales solicitadas por la Coordinación de Gestión Documental para el logro de las metas de los programas

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 MANUEL SANABRIA GARCIA
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 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.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

Firmado digitalmente por Miguel Ángel Montenegro Castillo
Fecha: 2025.10.23
100247_05'00"

MIGUEL ANGEI. MONTENEGRO CASTILLO
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 DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032393197	JUAN MANUEL SANABRIA GARCIA		Cra 3A # 11A 27 sur	4420379	juasan10ad4@gmail.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 UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-09	2025-09	I	02/09/2025	89472604	\$545.200
TOTAL A PAGAR					

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	230.000	0		0		0	0	0	0	230.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	294.400	0	0	0	0	0	0		294.400	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	9.700				9.700	0	0	9.700			97	9.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	11.100	0	0	11.100	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
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	230.000	230.000
Pensión	1	294.400	294.400
Riesgos Laborales	1	9.700	9.700
CCF	1	11.100	11.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	545.200	545.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032393197	JUAN MANUEL SANABRIA GARCIA		Cra 3A # 11A 27 sur	4420379	juasan10ad4@gmail.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
2025-09	2025-09	I	02/09/2025	89472604	10
					TOTAL A PAGAR
					\$545.200

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 exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	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	1032393197	SANABRIA GARCIA JUAN MANUEL	59	0			N																	230301	1.840.000	294.400	0	0		0	0	EPS008	1.840.000	230.000	14-23	1.840.000	1	9.700	CCF24	1.840.000	11.100	0	0	0	0	0

PAGADA



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 16 de octubre de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

Ciudad

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.	1016724231	MARIA ALEJANDRA SANABRIA BERNAL	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,

FIRMA

Nombre: JUAN MANUEL SANABRIA GARCIA

C.C.1032393197

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.016.724.231**

SANABRIA BERNAL

APELLIDOS

MARIA ALEJANDRA

NOMBRES

Maria Alejandra Sanabria

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 31-MAR-2011

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

31-MAR-2029

FECHA DE VENCIMIENTO

O+

F

G S RH

SEXO

07-MAY-2018 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO YACHA

INDICE DEFECTO



P-1500150-01011641-F-1016724231-20180531

0061351332A 1

7874948955