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 FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940310**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**83386-594839**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DOLLY JASMITH CARREÑO HIGUERA	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	52.153.349	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	djcarreno@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	0550005800209917
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**	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:	7407372/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**8325**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL PROGRAMADA POR EL CENTRO DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD EN LA RED DE CONOCIMIENTO SALUD EN LAS ÁREAS TEMÁTICAS DE SALUD PÚBLICA, APOYO

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/11/2025 Al 30/11/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 6.194.760
Número de pago	**10**	**Valor Total del Contrato:**	$ 38.598.120
Valor Bruto Pago:	**$ 3.335.640,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 2.859.120

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.335.640	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	**$ 3.335.640**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.128.705**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Noviembre	Octubre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9494326893**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.423.500	$ 1.620.168
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.000	$ 202.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 227.800	$ 259.300
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	III	$ 34.700	$ 39.500
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		$ -	
Salud hasta	$ 796.784	$ 57.435	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 709.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 6.941.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.128.705,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.929.840,00	
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	28.302,00	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	**$3.307.338,00**	

SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS SIETE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Apoyo práctica hospitalaria y desarrollo guía práctica cuarto trimestre de formación ficha 3147150, realizar talleres aula de simulación, sistemas de evaluación utilizados rubrica de registros de enfermería, evaluación de conocimientos y lista de de verificación desempeño de práctica, Hospital Infantil Universitario de San José, servicio de sala de partos.

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

DOLLY JASMITH CARREÑO HIGUERA
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,

EDINSON ELJADUE CASTILLA
INSTRUCTOR

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
CARLOS ARTURO SALGAR RAMÍREZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

14/11/25 09:07:00 USUARIO: SIC - C.C. 52153349

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 52153349		CARREÑO HIGUERA DOLLY JASMITH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 152B 58C 50 APT 504 INT 11	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4717438	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1900926585	9494326893	I	2025/11/13	2025/11/04	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,020,900

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)					$3,300,000	$528,000			$3,300,000	$412,500			$0	$0			$3,300,000	$80,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,300,000	$528,000			$3,300,000	$412,500			$0	$0			$3,300,000	$80,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$3,300,000	$528,000			$3,300,000	$412,500			$0	$0			$3,300,000	$80,400		$0	$0
1	CC 52153349	CARREÑO DOLLY	25-14	30	$3,300,000	$528,000	EPS017	30	$3,300,000	$412,500		0	$0	$0	14-23	30	$3,300,000	$80,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$3,300,000	$528,000			$3,300,000	$412,500			$0	$0			$3,300,000	$80,400		$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 52153349		CARREÑO HIGUERA DOLLY JASMITH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 152B 58C 50 APT 504 INT 11	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4717438	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1900926585	9494326893	I	2025/11/13	2025/11/04	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,020,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$528,000	$0	$0	$528,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$528,000	$0	$0	$528,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$80,400	$0	$0	$80,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$80,400	$0	$0	$80,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$412,500	$0	$0	$412,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$412,500	$0	$0	$412,500
TOTAL				**1**	**$1,020,900**	**$0**	**$0**	**$1,020,900**

E.P.S FAMISANAR SAS.
Nit. 830.003.564-7
PLANES DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA

CERTIFICA QUE

Que CARREÑO HIGUERA DOLLY JASMITH identificado con CC número 52153349 fue o es contratante del plan FAMIMAS FAMILIAR PLUS y durante el período comprendido entre el 01/01/2024 al 31/12/2024 canceló la suma de CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA MONEDA CORRIENTE ($ 459,480) incluido I.V.A.

Contrato F-00113753-0001		Vigencia				
Identificación	Nombre	Desde	Hasta	Parentesco	Edad	459,480
CC 52153349	CARREÑO HIGUERA DOLLY JASMITH	01/05/2024	30/04/2025	CONTRATANTE	50	$ 459,480

Se expide en Bogotá D.C., a los 17 del mes de febrero de 2025

Octavio Enrique Gómez González

Sub-Director de Operaciones PAC