



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 MANUFACTURA EN TEXTILES Y CUERO- BTÁ D.C.

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

| | |
|-------------------|-------------------|
| Código Regional | 11 |
| Código Centro | 921210 |
| Fecha Elaboración | Noviembre de 2025 |
| Versión | ENERO - 2.25 |
| ID de Proceso | 61930-712899 |

DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|--|-----------------------------|---|-------------|
| Nombres y apellidos: | IRENE ISABEL DELGADO TORRES | Banco a consignar: | BANCOLOMBIA |
| Cédula de Ciudadanía | 60.363.015 | Tipo de cuenta: | AHORROS |
| Correo electrónico: | ireneidt74@gmail.com | Número de Cuenta: | 61847214448 |
| IP/Nº de contacto: | 14944 | Presta Servicios Excluidos de IVA: | NO |
| 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? | | | |
| Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000 | | | |
| 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) | | | |
| ¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente? | | | |
| Concepto del pago corresponde a: | | | |
| TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. | | | |

DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|--|---|--------------------|------|--|----|
| Nº del contrato: | 7440688/2025 | Nº Compromiso SIIF | 9225 | Número de pagos durante la vigencia del contrato | 11 |
| OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado) | CONTRATACIÓN DE INSTRUCTORES. PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN, EN LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN, ASÍ COMO LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJE DEFINIDOS EN LOS DISEÑOS CURRICULARES ASIGNADOS CMTC | | | | |

DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|-------------------|-----------------|----|------------|------------------------------|---------------|
| Del | 01/11/2025 | Al | 30/11/2025 | Saldo Anterior del Contrato: | \$ 6.285.998 |
| Número de pago | 10 | | | Valor Total del Contrato: | \$ 45.995.110 |
| Valor Bruto Pago: | \$ 4.599.511,00 | | | Nuevo Saldo del Contrato: | \$ 1.686.487 |

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|--|---------------------|---------------------------------------|-------------|
| Ingresos por honorarios | \$ 4.599.511 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | \$ 0 | Retención 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 RETENCIÓN EN LA FUENTE | \$ 3.056.111 | 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 | ----- | 1075998659 | Base retención en la fuente a título de RENTA | 3.056.111,00 |
| Ingreso Base de Cotización - IBC | \$ 1.839.804 | \$ 1.839.804 | Base retención en la fuente a título 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 | \$ - | \$ 0 | Menos Retención 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 | \$ - | | 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% | \$ 36.062.775 | \$ 1.019.000 | | 0,00 |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | \$ 8.759.000 | | 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

- 1 Preparar, orientar, desarrollar, apoyar y evaluar procesos de aprendizaje en cualquiera de las estrategias de respuesta institucional
2. Presentar los juicios de evaluación de los aprendices y demás informes dentro de los plazos estipulados por el Centro para tal efecto
3. Reportar oportunamente los informes (planillas, reportes, formatos) requeridos sobre las acciones encomendadas y los productos resultantes
4. Registrar en el sistema Sofía Plus, en los plazos establecidos por la Coordinación académica, todas las actividades que de acuerdo a lo establecido en el contrato
5. Participar en la programación y ejecución del proceso de inducción de los aprendices de formación titulada y el reconocimiento de actividades
6. Cooperar en procesos de promoción y publicidad de los Programas de Formación Profesional Integral, servicios y actividades de divulgación
7. Las demás que sean necesarias para el cumplimiento del objeto del contrato

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumpli 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

**IRENE ISABEL DELGADO TORRES
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,

**FABIO ALONSO CAMACHO SAPUY
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
CLAUDIA JANET GOMEZ LARROTTA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02**



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-11-02, 08:47:23 p. m. Tipo Planilla | Número Planilla 1075998659

Periodo Cotización 202510

Periodo Servicio 202510

PAGADA 2025-11-02 00:00:00.0 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---------------------|-----------------------------|--------------------|--------------------------------------|
| Razón Social | IRENE ISABEL DELGADO TORRES | | |
| Documento | CC 60363015 | Dirección | CL 23C #69 F - 65 MZ E INT10 APTO102 |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 3144450026 |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma Presentación | ÚNICO |
| Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | BOGOTA D.C. |
| Representante Legal | | Total Afiliados | 1 |
| | | Identificación | |

II. DATOS DEL AFILIADO

| | | | | | | | | |
|----------------|-------------|-----------|-----------|---|-----------------------------|------------------------------|-------------------|-------------------|
| Documento | CC 60363015 | Residente | Exonerado | N | Apellidos y Nombres | Código Ciudad - Departamento | Centro de Trabajo | Ubicación Laboral |
| Tipo Cotizante | 59 00 | | | | DELGADO TORRES IRENE ISABEL | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | Salud | | | | | Riesgos | | | | Caja | | | Parafiscales | | | | | | | | | |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------|--------------|--------------|------------|------------------|--------------|------------|------------------|------------------|-------------------|------------|------------------|--------------|------------|--------------|------------|------------|--------------|--------------|-----------|----------------|--------------|------------|---------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----|------|
| ING | RET | TDE | TAE | TDF | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | \$ 1.900.000 | 25-14 | 16 % | \$ 1.900.000 | \$ 304.000 | \$ 0 | \$ 0 | EPS005 | | 12,5 % | \$ 1.900.000 | \$ 237.500 | \$ 0 | 14-23 | 3 | 2,436 % | \$ 1.900.000 | \$ 46.300 | NIN-CC | 0 % | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | 0 % | \$ 0 | 0 % | \$ 0 | 0 % | \$ 0 |

IV. TOTALES

| | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|-------------|
| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
| COLPENSIONES | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | EPS SANITAS | POSITIVA DE SEGUROS | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| \$ 304.000 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 237.500 | \$ 46.300 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | |

PAGADA





Comprobante en línea

2 Nov 2025 20:34:52

Pago PSE



Pago exitoso

CUS 1898152671

Comercio
SIMPLE OI

Referencia 1
172.29.10.57

Fecha
2 Nov 2025 20:34:52

Referencia 2
CC

Número de factura
1075998659

Referencia 3
60363015

Descripción del pago
Pago de Seguridad Social

Valor del Pago
\$587.800

Número de comprobante
TR2033342671

Costo de la transacción
\$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 4448**

PAGADA