



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  
DESPACHO REGIONAL-APORTES

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

Código Regional	11
Código Centro	101000
Fecha Elaboración	Noviembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	61721-207412

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	ANADELINA TORIFIO SANCHEZ	Banco a consignar:	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	51.578.719	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	atorifio@sena.edu.co	Número de Cuenta:	24084784092
IP/Nº de contacto:	14440	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?			
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:	7332508/2025	Nº Compromiso SIIF	12625	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12
<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b> (Descripción del servicio prestado)		Prestar servicios profesionales especializados en derecho, para la sustanciación de los procesos de cobro coactivo, saneamiento y depuración de cartera, y la defensa administrativa a favor y en contra del SENA - Regional Distrito Capital en los procesos de cobro coactivo en sede administrativa, dentro de la jurisdicción regional, con el propósito de garantizar la defensa técnica y oportuna de los			

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/11/2025	Al	30/11/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 11.536.000
Número de pago	11			Valor Total del Contrato:	\$ 66.332.000
Valor Bruto Pago:	\$ 5.768.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 5.768.000

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Ingresos por honorarios	\$ 5.768.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 5.768.000</b>	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 3.640.070</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Noviembre	Octubre	Base retención en la fuente a título de RENTA		TARIFA
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	9493432990	Base retención en la fuente a título de ICA	3.640.070,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 2.307.200	\$ 2.307.200	Valor base IVA	5.110.400,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 288.400	\$ 288.400	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 369.200	\$ 369.200	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
ARL	\$ 12.100	\$ 12.100	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	49.366,00	0,966%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-		0,00	0%
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	\$ 244.230	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$39.341.210	\$ 1.214.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$12.100.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$5.718.634,00</b>	

**SON: CINCO MILLONES SETECIENTOS DIECIOCHO MIL SEISCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Proyectar Auto que aprueba la liquidación del crédito proceso 068-18 DENALIS
Proyectar Resolución aplicar títulos y terminar proceso Quality
Proyectar Auto que aprueba la liquidación del crédito proceso 083-18 DENALIS
Proyectar resolución Seguir Adelante con al Ejecución proceso 11-205-2-24-02 FASPAY COLOMBIA
Elaborar ficha para comité depuración de cartera proceso 539-14 JOSÉ IGNACIO CORTES NAVARRETE
Verificar en SIREC estado de los procesos a presentar a Comité de Depuración de Cartera
Elaborar comunicación de Notificación Mandamiento de Pago proceso 11-205-2-25-05 MS INTERNATIONAL
elaborar comunicaciones de búsquedas de bienes proceso 11-205-2-24-02 FASPAY COLOMBIA
Proyectar Notificación Resolución que ordena seguir adelante con la ejecución 11-205-2-24-007 DISTROIL COLOMBIA S A

**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

**ANADELINA TORIFIO SANCHEZ**  
EL CONTRATISTA

**CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
- 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,

**RUBY ESTHER MEZA HERNÁNDEZ**  
PROFESIONAL G02

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**  
**GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS**  
DIRECTOR REGIONAL DISTRITO (E)

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51578719		TORIFIO SANCHEZ ANADELINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 68 A 81 -72	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4340024	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	1899521667	9493432990	I	2025/11/07	2025/11/04	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$715,900

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	
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$2,307,200	\$369,200			\$2,307,200	\$288,400			\$2,307,200	\$46,200			\$2,307,200	\$12,100			\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$2,307,200	\$369,200			\$2,307,200	\$288,400			\$2,307,200	\$46,200			\$2,307,200	\$12,100			\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$2,307,200	\$369,200			\$2,307,200	\$288,400			\$2,307,200	\$46,200			\$2,307,200	\$12,100			\$0	\$0
1	CC	51578719	TORIFIO ANADELINA	25-14	30	\$2,307,200	\$369,200	EPS008	30	\$2,307,200	\$288,400	CCF24	30	\$2,307,200	\$46,200	14-23	30	\$2,307,200	\$12,100	30	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>				\$2,307,200	\$369,200			\$2,307,200	\$288,400			\$2,307,200	\$46,200			\$2,307,200	\$12,100			\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51578719		TORIFIO SANCHEZ ANADELINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 68 A 81 -72	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4340024	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	1899521667	9493432990	I	2025/11/07	2025/11/04	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$715,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$369,200	\$0	\$0	\$369,200	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$369,200	\$0	\$0	\$369,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$12,100	\$0	\$0	\$12,100	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$12,100	\$0	\$0	\$12,100	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$46,200	\$0	\$0	\$46,200	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$46,200	\$0	\$0	\$46,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$288,400	\$0	\$0	\$288,400	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$288,400	\$0	\$0	\$288,400	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$715,900</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$715,900</b>	

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR  
COMPENSAR  
NIT 860.066.942-7**

**CERTIFICA QUE**

El(la) señor(a) ANADELINA TORIFIO SANCHEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 51578719, tiene un contrato de PC ESPECIAL CON POS con COMPENSAR EPS, con una vigencia desde 01/05/2025 hasta 30/04/2026 por el cual ha cancelado la suma de DOS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS 2.283.645,00 A continuación se relacionan los pagos efectuados desde el 01/05/2025 a la fecha.

Número de Recibo	Fecha de Pago	Valor Pagado
23410967	20250805	\$ 326,235
23410966	20250703	\$ 326,235
23410968	20250910	\$ 326,235
23410969	20251015	\$ 326,235
23410964	20250505	\$ 326,235
23410970	20251109	\$ 326,235
23410965	20250615	\$ 326,235
<b>Total</b>		<b>\$ 2,283,645</b>

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 17 días del mes de noviembre de 2025.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO COMPENSAR

