

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional		76
			Código Centro		923010
			Fecha Elaboración		Noviembre de 2025
			Versión		ENERO - 2.25
			ID de Proceso		97155-622483
REGIONAL VALLE					
CENTRO ASTIN REGIONAL VALLE					
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1					
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos: LUIS FELIPE CABRERA MORENO			Banco a consignar: BANCOLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía 1.061.684.863			Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: lcabreram@sena.edu.co			Número de Cuenta: 26153348927		
IP/N° de contacto:			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? 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					
N° del contrato: 7366799/2025		N° Compromiso SIIF 11825		Número de pagos durante la vigencia del contrato 11	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR - CONTRATAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA APOYAR LA EJECUCIÓN, ORIENTACIÓN Y PLANEACIÓN DE LOS PROCESOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL PARA ATENDER LA OFERTA DE FORMACIÓN REGULAR DEL CENTRO NACIONAL DE ASISTENCIA TÉCNIC			
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del 01/11/2025		Al 30/11/2025		Saldo Anterior del Contrato: \$ 7.512.534	
Número de pago 10				Valor Total del Contrato: \$ 47.221.646	
Valor Bruto Pago: \$ 4.599.511,00				Nuevo Saldo del Contrato: \$ 2.913.023	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios \$ 4.599.511		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 \$ 4.599.511		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 3.022.211		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
		Noviembre		Octubre	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		7990054120	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.839.804		\$ 1.839.804	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 230.000		\$ 230.000	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 294.400		\$ 294.400	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0	
ARL III		\$ 44.900		\$ 44.900	
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		\$ -			
Renta Exenta 25% \$36.062.775		\$ 1.008.000			
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 9.011.000					
Retención en la Fuente Contingente \$					
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA 3.022.211,00	
				Base retención en la fuente a titulo 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 0,00 0,000%	
				Pro-UCEVA 22.998,00 0,500%	
				Universidad del Pacífico 0,00 0,500%	
				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 \$4.576.513,00	
SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS TRECE PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Se realizó el plan de trabajo en conjunto con el coordinador para el cumplimiento de horas mensuales.					
Se crean los borradores para aprobación de las listas de chequeo para el programa en DMPI					
Se imparte formación en las ficha DMPI 2926083, DMPI 3181490, M3DPI 3171679, DMPI 3350115.					
Se realizó la evaluación de juicios evaluativos de las fichas M3DPI 3171679, DMPI 3350115, DMPI 2926083.					
Se reportaron las inasistencias del aprendiz en las plataformas de las fichas DMPI 2926083, DMPI 3181490, M3DPI 3171679, DMPI 3350115					
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					
			LUIS FELIPE CABRERA MORENO 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,		
			MARCELA GOMEZ LINA 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 CAROLINE PEREA CABAL SUBDIRECTORA DE CENTRO G02					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1061684863
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	LUIS FELIPE CABRERA MORENO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CL 4 #73 91 - QUINTAS DE LA TELÉFONO:	4315800
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades especializadas de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7990054120	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre	PERIODO COTIZACIÓN MES: octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/10/30	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1888623011

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 294.400
SUBTOTAL:			1	\$ 294.400
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 230.000
SUBTOTAL:			1	\$ 230.000
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 44.900
SUBTOTAL:			1	\$ 44.900

VALOR SIN MORA:	\$ 569.300
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 569.300

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 294.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 294.400	\$ 0	\$ 294.400
SUBTOTALES:										\$ 294.400	\$ 0	\$ 294.400

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 230.000		\$ 0		\$ 0	\$ 230.000	\$ 0	\$ 0
SUBTOTALES:												\$ 230.000	\$ 0	\$ 0	\$ 230.000	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 44.900	\$ 44.900	\$ 0	\$ 0	\$ 44.900
SUBTOTALES:									\$ 44.900	\$ 0	\$ 0	\$ 44.900

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																				
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL												PARAFISCALES																				
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LWA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SEGURIDAD SOCIAL				SALUD				ARP				DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU			
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE			ADMIN	DÍAS COT					IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	CC 1061684863	CABRERA MORENO LUIS FELIPE	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		\$ 1.839.804			NO																		230301-PORVENIR	30	\$ 1.839.804	\$ 294.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 294.400	CIASURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	\$ 1.839.804	\$ 230.000	\$ 0	\$ 230.000	14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	30	\$ 1.839.804	\$ 106168486	\$ 44.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO:	\$ 569.300
----------------------	-------------------



FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA		
CIUDAD Y FECHA 30 DE OCTUBRE DE 2025		
PRESENTADO A: CAROLINE PEREA CABAL		
ORDEN DE VIAJE No: 63325	FECHA DE INICIO: 21 DE OCTUBRE DE 2025	FECHA DE FINALIZACION: 24 DE OCTUBRE DE 2025
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO	REGIONAL / CENTRO DE FORMACION	OTRA: (ciudad)
		PEREIRA
OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: ENCUENTRO ZONAL DE SEMILLEROS DE INVESTIGACIÓN REGIONAL RISARALDA		
ACTIVIDADES DESARROLLADAS:		
<p>Día 1: 21/10/2025</p> <ul style="list-style-type: none">• Me desplazé Cali – Pereira• Me instalé en el hotel. <p>Día 2: 22/10/2025</p> <ul style="list-style-type: none">• Me registré en el evento• Participé de la apertura del evento• Recorrí parte de la muestra de posters de aprendices. <p>Día 3: 23/10/2025</p> <ul style="list-style-type: none">• Recorrí la segunda parte de la muestra de posters de aprendices.• Participé de la clausura del evento. <p>Día 4: 24/10/2025</p> <ul style="list-style-type: none">• Me desplazé Pereira – Cali		
RESULTADOS:		
<ol style="list-style-type: none">1. Reconocí proyectos de investigación en afinidad con el desarrollo interno de procesos de investigación aplicada del centro ASTIN y con el programa al que me vinculo (desarrollo y modelado de productos industriales).2. Se logró gestionar contactos con instructores líderes de los proyectos para posibles articulaciones y/o colaboraciones.3. Transferí mi conocimiento a los aprendices en sus procesos investigativos y proyectos para su aceleración y continuación.4. Motivé el espíritu investigativo de aprendices participantes del encuentro.		
EVIDENCIAS O SOPORTES: Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe		
<ol style="list-style-type: none">1. Registro fotográfico de diferentes momentos del encuentro.		



COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA
1. Enviar correos de articulación a los instructores de los centros que solicitaron mi apoyo para el fortalecimiento y aceleración de los proyectos	Luis Cabrera	Según disposición de la coordinación académica y subdirección de centro.
CONCLUSIONES:		
1. Se desarrolló satisfactoriamente la visita al encuentro zonal de semilleros de investigación regional Risaralda		
DATOS DEL CONTRATISTA		
NOMBRE Y APELLIDO		FIRMA
Luis Felipe Cabrera Moreno		
VISTO BUENO SUPERVISOR		
CARGO DEL SUPERVISOR	NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR	FIRMA
Profesional grado 09	Maribell González Anaya	





Versión: 02

Código:
GRF-F-076

GASTOS DE DESPLAZAMIENTO

COMPROBANTE LEGALIZACION GASTOS TRANSPORTE
INFORMAL - CONTRATISTAS

CIUDAD / MUNICIPIO - FECHA:	PEREIRA	Código Regional :	76
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUIS FELIPE CABRERA MORENO	Código Centro:	923010
No. DOCUMENTO IDENTIDAD:	1061684863	Fecha de elaboración:	30/10/2025

En desarrollo de la comisión No. **63325** durante los días **21, 22, 23 y 24** del mes de **OCTUBRE** de **2025** se informa que en los tramos detallados a continuación, fue necesario utilizar transporte informal sin generación de documento soporte de pago por parte del prestador del servicio:

FECHA	TRAYECTO GENERADOR DEL PAGO	MEDIO DE TRANSPORTE EMPLEADO	VALOR PAGADO
21/10/2025	CALI - PEREIRA	BUSETA	\$ 40.000
24/10/2025	PEREIRA - CALI	BUSETA	\$ 40.000
RAZON POR LA CUAL, SE AUTORIZA EL GASTO INCURRIDO CUYO VALOR PAGADO EQUIVALE A:			\$ 80.000

Para efectos legales el contratista certifica bajo la gravedad del juramento, que las actividades objeto del desplazamiento se cumplieron a cabalidad y el valor cobrado corresponde al valor efectivamente pagado al prestador del servicio de transporte informal.

Este formato aplica únicamente para justificar gastos de transporte en aquellos sitios donde no se cuenta con transporte formal.

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el comisionado y su jefe inmediato, se autoriza el presente gasto.

COMISIONADO CONTRATISTA		SUPERVISOR DE CONTRATO		ORDENADOR DEL GASTO	
Nombre completo:	LUIS FELIPE CABRERA MORENO	Nombre completo:	MARIBELL GONZALES ANAYA	Nombre completo:	CAROLINE PEREA CABAL
Numero de Contrato:	No CO1.PCCNTR.7366799	Cargo:	Profesional grado 09	Cargo:	SUBDIRECTORA(E)
Firma:		Firma:		Firma:	