

<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) 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		13905-349227		
DATOS DEL CONTRATISTA							
Nombres y apellidos:		ERYCKA LILIANA LANDINEZ ORTIZ		Banco a consignar:		DAVIVIENDA	
Cédula de Ciudadanía		52.696.049		Tipo de cuenta:		AHORROS	
Correo electrónico:		elandinez@sena.edu.co		Número de Cuenta:		478970038194	
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:		7407390/2025		N° Compromiso SIIF	8525	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción 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		\$ 2.171.140		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR							
		Noviembre	Octubre	Base retención en la fuente a titulo de RENTA		2.171.140,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	9494666570	Base retención en la fuente a titulo de ICA		2.929.840,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.423.500	\$ 1.620.168	Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 178.000	\$ 202.600	IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 227.800	\$ 259.300	Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA		0,00	15%
ARL III		\$ 34.700	\$ 39.500	Reteica - 8299 - BOGOTÁ		28.302,00	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		\$ -		Otras Retenciones		0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$36.062.775	\$ 724.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 7.056.000		Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$		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							
1-30/11/2025 APOYO A LA PRACTICA FICHA 3141685 HOSPITAL SAN JOSE INFANTIL SALA DE PARTOS.							
CUMPLIENDO CON LAS COMPETENCIAS DE 1. Asistir personas con relación a las etapas del ciclo vital.							
2. Controlar infecciones.							
Resultados de Aprendizaje: 1.reconocer las acciones de promoción y prevención para el mantenimiento de la salud sexual y reproductiva							
2. atender integralmente al menor, adolescente, joven y persona mayor teniendo en cuenta políticas públicas y guías de manejo vigentes							
3. verificar atención integral a la familia de acuerdo con etapa del ciclo vital, necesidades identificadas, normas técnicas y políticas							
1. Fomentar acciones que contribuyan a minimizar riesgos de infección en los diferentes escenarios teniendo en cuenta guías de manejo							
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				ERYCKA LILIANA LANDINEZ ORTIZ EL CONTRATISTA			
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO							
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:				Autorizo el presente pago. El Supervisor,			
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.				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							

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52696049		LANDINEZ ORTIZ ERYCKA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 161 78-55	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7340154	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-10	2025-10	1929311775		9494666570	I	2025/11/13	2025/11/14	BANCO DAVIVIENDA	\$497,800

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,607,000	\$257,200			\$1,607,000	\$200,900			\$0	\$0			\$1,607,000	\$39,200	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,607,000	\$257,200			\$1,607,000	\$200,900			\$0	\$0			\$1,607,000	\$39,200	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,607,000	\$257,200			\$1,607,000	\$200,900			\$0	\$0			\$1,607,000	\$39,200	\$0
1	CC 52696049	LANDINEZ ERYCKA	25-14	30	\$1,607,000	\$257,200	EPS017	30	\$1,607,000	\$200,900		0	\$0	\$0	14-7	30	\$1,607,000	\$39,200	0
Total Afiliados(1)					\$1,607,000	\$257,200			\$1,607,000	\$200,900			\$0	\$0			\$1,607,000	\$39,200	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52696049		LANDINEZ ORTIZ ERYCKA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 161 7B-55	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7340154	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-10	2025-10	1929311775		9494666570	I	2025/11/13	2025/11/14	BANCO DAVIVIENDA	\$497,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$257,200	\$200	\$0	\$257,400	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$257,200	\$200	\$0	\$257,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$39,200	\$100	\$0	\$39,300	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$39,200	\$100	\$0	\$39,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$200,900	\$200	\$0	\$201,100	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$200,900	\$200	\$0	\$201,100	
TOTAL				1	\$497,300	\$500	\$0	\$497,800	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52696049		LANDINEZ ORTIZ ERYCKA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 161 78-55	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7340154	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-10	2025-10	1942105781		9494947179	N	2025/11/13	2025/11/20	BANCO DAVIVIENDA	\$4,400

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$13,200	\$2,100			\$13,200	\$1,700			\$0	\$0			\$13,200	\$300	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$13,200	\$2,100			\$13,200	\$1,700			\$0	\$0			\$13,200	\$300	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$13,200	\$2,100			\$13,200	\$1,700			\$0	\$0			\$13,200	\$300	\$0
1	CC 52696049	LANDINEZ ERYCKA	25-14	30	(\$1,607,000)	(\$257,200)	EPS017	30	(\$1,607,000)	(\$200,900)		0	\$0	\$0	14-7	30	(\$1,607,000)	(\$39,200)	0
2	CC 52696049	LANDINEZ ERYCKA	25-14	30	\$1,620,200	\$259,300	EPS017	30	\$1,620,200	\$202,600		0	\$0	\$0	14-7	30	\$1,620,200	\$39,500	0
Total Afiliados(1)					\$13,200	\$2,100			\$13,200	\$1,700			\$0	\$0			\$13,200	\$300	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52696049		LANDINEZ ORTIZ ERYCKA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 161 7B-55	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7340154	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-10	2025-10	1942105781		9494947179	N	2025/11/13	2025/11/20	BANCO DAVIVIENDA	\$4,400

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$2,100	\$100	\$0	\$2,200	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$2,100	\$100	\$0	\$2,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$300	\$100	\$0	\$400	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$300	\$100	\$0	\$400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,700	\$100	\$0	\$1,800	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$1,700	\$100	\$0	\$1,800	
TOTAL				1	\$4,100	\$300	\$0	\$4,400	