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 METALMECÁNICO- BTÁ D.C.**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **921410** |
| **Fecha Elaboración** | **Noviembre de 2025** |
| **Versión** | **ENERO - 2.25** |
| **ID de Proceso** | **74874-356182** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | HECTOR HELI RUIZ GARCIA | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 79.898.694 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | hectorheli@misena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 66030295651 |
| **IP/N° de contacto:** | 3133729087 | **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** | NO |

| | |
|---|---|
| **¿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:** | 7419301/2025 | **N° Compromiso SIIF** | **3925** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 11 |
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE FORMACIÃ³N INTEGRAL PRESENCIAL VIRTUAL SENA. | | | | |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/11/2025** | **Al** | **30/11/2025** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 7.665.852 |
| **Número de pago** | **10** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 47.528.281 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 4.599.511,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 3.066.341 |

## 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** | **$ 2.677.260** | **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 | 2.677.260,00 | TARIFA |
| **N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS** | | ---------- | **91362965** | Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.075.111,00 | |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.839.804 | $ 1.839.804 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 230.000 | $ 230.000 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 294.400 | $ 294.400 | 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 | $ 44.900 | $ 44.900 | Reteica - 8299 - BOGOTÁ | 39.366,00 | 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 | | $ 459.951 | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta | $ 796.784 | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Renta Exenta 25% | $ 36.062.775 | $ 893.000 | | | 0,00 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 8.216.000 | | | | | |
| | | | | 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

Impartir Formación Profesional Integral a los grupos asignados según horario.

De Mecatrónica:

3141491, 3230116, 3141499, 3171390, 3141492, 3313390

Participación para Competencia WS Américas 2025 del 31 de octubre al 10 de noviembre 2025

Preparación para Competencia WS Internacional 2026

**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

**HECTOR HELI RUIZ GARCIA**
**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,

**DOUGAN ARTURO RODRIGUEZ BRICENO**
**INSTRUCTOR G20**

**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**

**JULIAN ANDRES COLORADO CALDERON**

**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

11/11/25 12:00:51 USUARIO: SIC - C.C. 79898694

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** HECTOR HELI RUIZ GARCIA
**No. Identificación:** CC79898694
**Dirección:** CALLE 33 NO. 39-95 13 503
**Telefono:** 9024062
**Correo:** HH_RG@HOTMAIL.COM
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 91362965

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre Aportante** | HECTOR HELI RUIZ GARCIA | **Número de Empleados** | 1 |
| **Tipo y número de identificación** | CC79898694 | **Periodo de Cotización Salud** | octubre de 2025 |
| **Número de planilla** | 91362965 | **Periodo de Cotización Pensión** | octubre de 2025 |
| **Fecha pago** | 2025-11-11 | **Número de Administradoras** | 3 |
| **Número de autorización pago** | 2089122 | **Total Pagado** | 569300 |
| **Banco** | 1083 | **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-23 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 44900 | 1 |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 294400 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 230000 | 1 |

91362965

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 79898694
APELLIDOS Y NOMBRES: HECTOR HELI RUIZ GARCIA

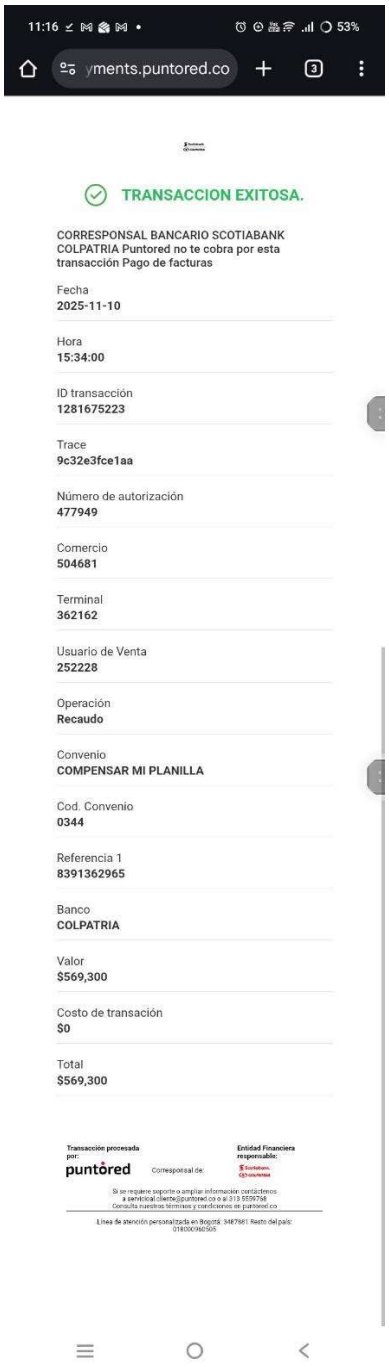
| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 230201 | 1839900 | 1839900 | 1839900 | 0 | 230000 | 0 | 294400 | 0 | 44900 | 0 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

## Planillas disponibles para pago

A continuación encontrarás el listado de planillas que se encuentran en proceso de validación y generación.

| Tipo Planilla | Número Planilla | Periodo de Pensión | Fecha de Vencimiento | Valor a pagar | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 91362965 | Octubre de 2025<br>Periodo de Salud<br>Octubre de 2025 | Noviembre 26 de 2025<br>15 días para vencimiento | $ 569.300<br>En proceso de pago especial | Ver PDF | Opciones |



**PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS**

**FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

**Generalidades:**

1. El objetivo del presente formato es de bridar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Bogotá, 11 de noviembre de 2025

Señores:

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad de juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependientes a mi cargo:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NUIP - NIP** | **1028727683** | **Johan Esteban Ruiz Granados** | **HIJO** |

Toda vez que cumplen con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad, solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.
- Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



_____

FIRMA
Nombre: Héctor Helí Ruiz García
C.C. 79898694

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil 20734799-2

*57639935*

NUIP 1028727683

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 57639935

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A C L

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO DE

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| RUIZ | GRANADOS |

Nombre(s)

JOHAN ESTEBAN

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2017 Mes JUN Día 28 | MASCULINO | A | POSITIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 14149656-5 |

**Datos de madre o padre** (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

GRANADOS PINTOR NATIVIDAD

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC No. 52363956 | COLOMBIA |

**Datos de padre o madre** (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

RUIZ GARCIA HECTOR HELI

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC No. 79898694 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

RUIZ GARCIA HECTOR HELI

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC No. 79898694 | |

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2017 Mes JUN Día 30 | DANIEL ARTURO MELGAREJO RAMIREZ<br>Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Firma | Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

FECHA DE EXPEDICION
04 JUL. 2017

ESTE REGISTRO ES FOTOCOPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA OFICINA, SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO, ARTICULO 115 DECRETO LEY 1260 DE 1970; TIENE VIGENCIA PERMANENTE ART.1 DECRETO 2189 de 1983, SE OMITE SELLO SEGÚN ART. 11 DECRETO 2150 DE 1995.

DANIEL ARTURO MELGAREJO RAMIREZ
REGISTRADOR AUXILIAR ( E ) DEL ESTADO CIVIL
LOCALIDAD 12 - BARRIOS UNIDOS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Scanned by CamScanner