
 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	<b>FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)</b>		<b>Código Regional</b>	<b>11</b>
	<b>REGIONAL DISTRITO CAPITAL</b>		<b>Código Centro</b>	<b>930310</b>
	<b>CENTRO DE GESTIÓN DE MERCADOS, LOGÍSTICA Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN- BTÁ D.C.</b>		<b>Fecha Elaboración</b>	<b>Noviembre de 2025</b>
	<b>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1</b>		<b>Versión</b>	<b>ENERO - 2.25</b>
			<b>ID de Proceso</b>	<b>67680-424766</b>
<b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>				
<b>Nombres y apellidos:</b> RUBEN MAURICIO RIVERA RODRIGUEZ		<b>Banco a consignar:</b> BANCO BBVA		
<b>Cédula de Ciudadanía:</b> 79.535.070		<b>Tipo de cuenta:</b> AHORROS		
<b>Correo electrónico:</b> rriverar@sena.edu.co		<b>Número de Cuenta:</b> 0074148420		
<b>IP/Nº de contacto:</b>		<b>Presta Servicios Excluidos de IVA:</b> NO		
<b>Inducción SST:</b> SI		<b>Pertenece al régimen simple de tributación:</b> NO		
<b>Régimen del IVA:</b> NO RESPONSABLE		<b>Es declarante de renta por el año gravable 2024:</b> SI		
<b>¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?</b> NO				
<b>Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000</b> NO				
<b>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)</b> NO				
<b>¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?</b> NO				
<b>Concepto del pago corresponde a:</b>				Ninguno
<b>TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.</b> 0,00%				
<b>DATOS DEL CONTRATO</b>				
<b>Nº del contrato:</b> 8480061/2025		<b>Nº Compromiso SIIF</b> 118125		<b>Número de pagos durante la vigencia del contrato</b> 3
<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b> (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, CON AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA, PARA ATENDER LA FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA DE LOS APRENDICES EN LAS COMPETENCIAS TÉCNICAS RELACIONADAS CON LA RED DE CONOCIMIENTO LOGÍSTICA Y		
<b>DATOS PERIODO DEL PAGO</b>				
<b>Del</b> 01/11/2025 <b>Al</b> 30/11/2025		<b>Saldo Anterior del Contrato:</b> \$ 7.512.535		
<b>Número de pago</b> 2		<b>Valor Total del Contrato:</b> \$ 8.739.071		
<b>Valor Bruto Pago:</b> \$ 4.599.511,00		<b>Nuevo Saldo del Contrato:</b> \$ 2.913.024		
<b>RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>				
<b>Ingresos por honorarios</b> \$ 4.599.511		Ninguno 0,00%		
<b>Ingresos por comisiones</b> \$ 0		<b>Retención en la Fuente del Periodo</b> \$ 0		
<b>Ingresos de otros meses cobrados en el mes</b> \$ 0		<b>Menos, Retefuente Otros Ingresos</b> \$ 0		
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b> \$ 4.599.511		<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b> \$ 0		
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b> \$ 3.049.411				
<b>LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</b>				
		<b>Noviembre</b>		<b>Octubre</b>
<b>Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS</b>		-----		<b>7989191882</b>
<b>Ingreso Base de Cotización - IBC</b>		\$ 1.839.804	\$ 1.423.500	Base retención en la fuente a título de RENTA 3.049.411,00 TARIFA
<b>Aporte obligatorio a seguridad social salud</b>		\$ 230.000	\$ 178.000	Base retención en la fuente a título de ICA 4.075.111,00
<b>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión</b>		\$ 294.400	\$ 227.800	Valor base IVA 0,00
<b>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional</b>		\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
<b>ARL</b> I		\$ 9.700	\$ 7.500	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
<b>Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>		\$ -	\$ -	Menos Retención IVA 0,00 15%
<b>Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>		\$ -	\$ -	Reteica - 8299 - BOGOTÁ 39.366,00 0,966%
<b>Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>		\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,00%
<b>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias</b>		\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,00%
<b>Aportes voluntarios a cuentas AFC y AVC</b>		\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,00%
<b>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias</b>		\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,00%
<b>Intereses Prestamo de Vivienda</b>		\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,00%
<b>Dependientes hasta</b>		\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,00%
<b>Salud hasta</b>		\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,00%
<b>Renta Exenta 25%</b>		\$ 9.835.302	\$ 1.016.000	Otras Retenciones 0,00 0,00%
<b>Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.</b>		\$ 203.000	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
<b>Retención en la Fuente Contingente</b>		\$ -	\$ -	<b>VALOR A PAGAR</b> \$4.560.145,00
<b>SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL CIENTO CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE</b>				
<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>				
<b>Desarrollo de actividades para las fichas 3310843A 3310843B 3229072 3310778 3310820A y sus respectivas competencias con los resultados de aprendizaje desarrollando las respectivas guía 1,2,3</b>				
<b>Realizar la formación integral y el desarrollo del programa y el proyecto en operaciones de comercio exterior</b>				
<b>desarrollar las actividades de formación al aprendiz</b>				
<b>desarrollar las actividades y cumplimiento de las obligaciones contractuales</b>				
<b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b>				
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				
				
				<b>RUBEN MAURICIO RIVERA RODRIGUEZ</b> <b>EL CONTRATISTA</b>
<b>CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>				
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.				
				<b>Autorizo</b> el presente pago. El Supervisor,
				<b>JHON JAIRO LEURO DELGADO</b> <b>INSTRUCTOR</b>
<b>Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</b> <b>EL ORDENADOR DEL PAGO</b> <b>MIREYA PARRA PINTO</b> <b>SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)</b>				

**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO GENERAL**



Planilla de  
Seguros  
SOCIAL



<b>DATOS GENERALES DEL APORTANTE</b>		<b>DATOS GENERALES DE LA PLANILLA</b>	
TIPO IDENTIFICACION: CÉDULA DE CIUDADANÍA	NUMERO DE IDENTIFICACION: 78853070	TIPO DE PLANILLA: 7889191882	PERIODO COTIZACIÓN SALUD: octubre AÑO 2025
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTÁ	DÍAS DE MORA: 0	MES: octubre AÑO 2025
DIRECCIÓN: CR 44 B N 22 - 15 APTO 102	INDICADORES DE RIESGOS: 2443338	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2025/11/04	NUMERO AUTORIZACIÓN: 1902341787
TIPO EMPRESA: UNICO	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y facilitadoras de salud		
FORMA DE PRESENTACIÓN: UNICO	FORMA DE PRESENTACIÓN: UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEMA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	FORMA DE PRESENTACIÓN: UNICO		

TOTAL APORTES A PENSIÓN		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
EMPLEADOR	EMPLOYEE	EMPLEADOR	EMPLOYEE	EMPLEADOR	EMPLOYEE
3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
VALOR		VALOR		VALOR	
\$ 480,000		\$ 480,000		\$ 15,700	
SUBTOTAL:		SUBTOTAL:		SUBTOTAL:	
\$ 480,000		\$ 480,000		\$ 15,700	

CÓDIGO	NOMBRE	Nº. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTAL	
			NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	ADMINISTRADORA ADMINISTRADORA	1												
SUBTOTAL:		1												

CÓDIGO	NOMBRE	Nº. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTAL	
			NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	ADMINISTRADORA ADMINISTRADORA	1												
SUBTOTAL:		1												

Nº	IDENTIFICACION	NOMBRE	TIPO DE COTIZANTE	SUBTIPO	VALOR	TIPO DE SALUD	PENSIÓN		SEGURIDAD SOCIAL		LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES		PARRAMURALES	
							ADMIN	IBS	ADMIN	IBS	ADMIN	IBS	ADMIN	IBS
1	78853070	RIVERA RODRIGUEZ RUBEN MAURICIO	UNICO	UNICO	\$ 480,000	Normal	3,000,000	3,000,000	3,000,000	3,000,000	3,000,000	3,000,000	3,000,000	3,000,000
SUBTOTAL:														

**TOTAL PAGADO: \$ 870.700**