



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 META

CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META

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

Código Regional	50
Código Centro	953210
Fecha Elaboración	Diciembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	09005-272116

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	PAULA ANDREA NEIRA PARRADO	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.121.899.668	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	paulaneiraabg@gmail.com	Número de Cuenta:	84900011988
IP/Nº 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**

Nº del contrato:	8639628/2025	Nº Compromiso SIIF	139425	Número de pagos durante la vigencia del contrato	2
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES; PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ACOMPAÑAR LA ASIGNACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS APRENDICES CON APOYOS SOCIOECONÓMICOS				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	27/11/2025	Al	30/11/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 4.533.333
Número de pago	1			Valor Total del Contrato:	\$ 4.533.333
Valor Bruto Pago:	\$ 533.333,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 4.000.000

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

Ingresos por honorarios	\$ 533.333	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>\$ 533.333</b>	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 220.760</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	220.760,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	92233024	Base retención en la fuente a título de ICA	533.333,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 569.400	\$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 71.200	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 91.200	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
ARL	\$ 3.000	\$ 0	Reteica - 8299	0,00	0,600%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-		0,00	0,600%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-		0,00	0,600%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-		0,00	0,600%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	-		0,00	0,600%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ 159.999	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta	\$ 53.333	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	\$ 178.000	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 6.556.868	\$ 0		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 0	-			
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	-	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$533.333,00</b>	

**SON: QUINIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE**

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

- Elaborar un plan de trabajo anual y mensual que incluya cronograma y entregables, el cual será presentado al supervisor (no aplica)
- Apoyar en la revisión de cumplimiento de requisitos de los aprendices candidatos o postulados a recibir apoyos socioeconómicos o es
- Apoyar en la proyección de la documentación y/o actos administrativos que se requieran, con el fin de adjudicar los diferentes apoy
- Coadyuvar en la evaluación satisfacción de los aprendices beneficiarios de apoyos socioeconómicos y estímulos, y pr (no aplica)
- Implementar acciones de bienestar al Aprendiz para los beneficiarios de apoyos socioeconómicos en coordinación con el equipo resp
- Cumplir con el procedimiento establecido por la entidad para el desarrollo, adjudicación y desembolso de los de apoyos socioeconómi
- Brindar atención y orientación a los aprendices y a los integrantes de la comunidad educativa que lo requieran en las diferentes m
- Apoyar en adelantar la gestión documental mensual correspondiente a las actividades, productos y obligaciones que realiza de acuer
- Articular con el equipo que adelanta acciones del plan de bienestar, así como con los grupos internos del Centro de fo (no aplica)

**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

*Paula Andrea Neira Parrado*

**PAULA ANDREA NEIRA PARRADO  
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,

*PAOLA ANDREA GOMEZ DUARTE*

**PAOLA ANDREA GOMEZ DUARTE  
PROFESIONAL G01**

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  
GENY ASTRID LEON CURREA  
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1121899668	PAULA ANDREA NEIRA PARRADO		cr 34a 4b 08	6687689	paulaneira1121@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			META	VILLAVICENCIO	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	92233024	\$201.400	

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**
**TOTALES SALUD**

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	86.700	0		0		0	0	0	0	86.700	1

**TOTALES PENSIÓN**

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	111.000	0	0	0	0	0	0	0	111.000	1

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	3.700				3.700	0	0	3.700			37	3.700	1

**TOTALES CAJAS**

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

**TOTALES PARAFISCALES**

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	86.700	86.700
Pensión	1	111.000	111.000
Riesgos Laborales	1	3.700	3.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>201.400</b>	<b>201.400</b>

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1121899668	PAULA ANDREA NEIRA PARRADO	cr 34a 4b 08	6687689	paulaneira1121@gmail.com
<b>EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD</b>					
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	92233024	\$201.400	

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	ACT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1121899668	NEIRA PARRADO PAULA ANDREA	57	0				N	X															230301	693.334	111.000	0	0	0	0	EPS005	693.334	86.700	14-23	693.334	1	3.700		0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS**

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

**CERTIFICA**

Que Paula Andrea Neira Parrado, identificado(a) con CC número 1121899668, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1121899668
NOMBRES Y APELLIDOS	Paula Andrea Neira Parrado
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
PARENTESCO	Compañero (A) Permanente
FECHA DE NACIMIENTO	04/05/1993
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	26/05/2023
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	20/03/2025
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1121899668 Trabajador Independiente  
Desde 18/11/2025 - Vigente

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE  
PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A**

En condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.144.331 - 3

**CERTIFICA QUE:**

**PAULA ANDREA NEIRA PARRADO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.121.899.668**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** desde el 25 de junio de 2015.

La presente certificación se expide el 18 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,



Gerente de Clientes

---

*En Porvenir nos transformamos pensando en tu comodidad, por esto, ponemos a tu disposición los canales digitales para que consultes y obtengas la información de tus productos.*



App Porvenir | [www.porvenir.com.co](http://www.porvenir.com.co)

## LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES CERTIFICA QUE:

PAULA ANDREA NEIRA PARRADO CC 1121899668 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

Datos del contratante			
<b>Nombres y apellidos o Razón Social</b>	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		
<b>Tipo de documento de identificación</b>	NI	<b>Número de documento de identificación</b>	899999034
Datos del trabajador			
<b>Fecha de inicio cobertura</b>	2025-11-27	<b>Estado de afiliación</b>	<b>Activo</b>
<b>Clase de riesgo</b>	1	<b>Código Actividad Económica</b>	1855101
<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2025-11-27	<b>Fecha Fin del Contrato</b>	2025-12-31
<b>Tipo de vinculación</b>	Independiente	<b>Fecha de retiro</b>	

Esta certificación se expide a los 27 días del mes de noviembre del 2025.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin del contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad.

Cordialmente,

### Gerencia de afiliaciones y novedades

#### Positiva Compañía de Seguros S.A.:

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000  
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) |  
defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00  
a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva  
Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>

LA ASEGURADORA  
DE TODOS LOS  
COLOMBIANOS

Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

[www.positiva.gov](http://www.positiva.gov)





El líder del subprograma de medicina preventiva y del trabajo del SENA regional Meta certifica que el(la) contratista identificado(a) con CC.1121899668, cuenta con los exámenes médicos ocupacionales de ingreso, conforme a lo dispuesto en la circular 3-2024-000021 de la entidad para la vigencia 2025.

Dr. Fernando Mancera Garcia  
Médico Esp. Salud Ocupacional  
R.M. 368171 Lic. 0592 SSM

FERNANDO IVAN MANCERA GARCIA  
Medico Ocupacional – Contratista  
SENA Regional Meta