



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 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 | Diciembre de 2025 |
| Versión | ENERO - 2.25 |
| ID de Proceso | 12020-756399 |

DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|--|-------------------------------|---|-------------------|
| Nombres y apellidos: | MARTHA JEANETH CASTRO MENDOZA | Banco a consignar: | BANCO CAJA SOCIAL |
| Cédula de Ciudadanía | 51.749.302 | Tipo de cuenta: | AHORROS |
| Correo electrónico: | marthajanethcastro@gmail.com | Número de Cuenta: | 24067070541 |
| 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 | NO |
| ¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión? | | | |
| Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000 | | | |
| 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) | | | |
| ¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente? | | | |
| Concepto del pago corresponde a: | | | |
| TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. | | | |

DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|--|--|--------------------|-------|--|----|
| Nº del contrato: | 7601224/2025 | Nº Compromiso SIIF | 19525 | Número de pagos durante la vigencia del contrato | 10 |
| OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado) | SERVICIOS PERSONALES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS PARA APOYAR LAS ACTIVIDADES GESTIÓN DOCUMENTAL DEL CENTRO DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD | | | | |

DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|-------------------|-----------------|----|------------|------------------------------|---------------|
| Del | 01/12/2025 | Al | 30/12/2025 | Saldo Anterior del Contrato: | \$ 2.500.000 |
| Número de pago | 10 | | | Valor Total del Contrato: | \$ 24.583.333 |
| Valor Bruto Pago: | \$ 2.500.000,00 | | | Nuevo Saldo del Contrato: | \$ 0 |

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|--|---------------------|---------------------------------------|-------------|
| Ingresos por honorarios | \$ 2.500.000 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | \$ 0 | Retención en la Fuente del Periodo | \$ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ 0 | | |
| TOTAL INGRESOS DEL PERIODO | \$ 2.500.000 | Menos, Retefuente Otros Ingresos | \$ 0 |
| BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE | \$ 1.564.700 | TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO | \$ 0 |

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

| | Diciembre | Noviembre | | | |
|--|---------------|--------------|---|-----------------------|--------|
| Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS | ----- | 91549766 | Base retención en la fuente a título de RENTA | 1.564.700,00 | TARIFA |
| Ingreso Base de Cotización - IBC | \$ 1.423.500 | \$ 1.423.500 | Base retención en la fuente a título de ICA | 2.094.200,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | \$ 178.000 | \$ 178.000 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | \$ 227.800 | \$ 227.800 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | \$ - | \$ 0 | Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| ARL | \$ 7.500 | \$ 7.500 | Menos Retención IVA | 0,00 | 15% |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ - | - | Reteica - 8299 - BOGOTÁ | 20.230,00 | 0,966% |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ - | - | Otras Retenciones | 0,00 | 0% |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ - | - | Otras Retenciones | 0,00 | 0% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | \$ - | - | Otras Retenciones | 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% | \$ 32.784.341 | \$ 522.000 | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | \$ 4.611.000 | | VALOR A PAGAR | \$2.479.770,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | \$ - | - | | | |

SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS SETENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se organizan los expedientes en orden ascendente interior de cada una de las unidades de conservación cajas
 Verifique el inventario documental con los expedientes en físico de la serie Planes de Negocio Y/O puesta en marcha dando cumplimiento a la segunda transferencia documental primaria
 Apoye en el levantamiento del inventario ACCIONES DE FORMACION PROFESIONAL DISEÑO CURRICULAR
 Apoye en la revisión de los expedientes físicos que se van a transferir, realizando reprocesos e n la identificación de las fechas extremas de cada expediente las cuales se pueden identificar en la ficha de caracterización de cada expediente realice la refoiliacion de los expedientes

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

**MARTHA JEANETH CASTRO MENDOZA
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,

**DIANA MARCELA CARMONA PEREZ
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
CARLOS ARTURO SALGAR RAMÍREZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

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

Señor(a): MARTHA JEANETH CASTRO MENDOZA
No. Identificación: CC51749302
Dirección: CLL 1 A # 38 -37
Telefono: 5318460
Correo: marthajanethcastro@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 91549766

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------------|-------------------|
| Nombre Aportante | MARTHA JEANETH CASTRO MENDOZA | Número de Empleados | 1 |
| Tipo y número de identificación | CC51749302 | Periodo de Cotización Salud | noviembre de 2025 |
| Número de planilla | 91549766 | Periodo de Cotización Pensión | noviembre de 2025 |
| Fecha pago | 2025-12-29 | Número de Administradoras | 3 |
| Número de autorización pago | 2122843 | Total Pagado | 428000 |
| Banco | 1083 | Total Intereses de Mora | 7300 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|-----------------------|-------------------------------|--------------|---------------------|
| 14-23 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 15200 | 1 |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 231700 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 181100 | 1 |

TIPO DOC.: CC
 NO. DOCUMENTO: 51749302
 APELLIDOS Y NOMBRES: MARTHA JEANETH CASTRO MENDOZA

| 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 | 1423500 | 1423500 | 1423500 | 0 | 178000 | 0 | 227800 | 0 | 14900 | 0 |

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

Señor(a): MARTHA JEANETH CASTRO MENDOZA
No. Identificación: CC51749302
Dirección: CLL 1 A # 38 -37
Telefono: 5318460
Correo: marthajanethcastro@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 92450844

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------------|-------------------|
| Nombre Aportante | MARTHA JEANETH CASTRO MENDOZA | Número de Empleados | 1 |
| Tipo y número de identificación | CC51749302 | Periodo de Cotización Salud | diciembre de 2025 |
| Número de planilla | 92450844 | Periodo de Cotización Pensión | diciembre de 2025 |
| Fecha pago | 2025-12-29 | Número de Administradoras | 3 |
| Número de autorización pago | 2122846 | Total Pagado | 420700 |
| Banco | 1083 | Total Intereses de Mora | 0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|-----------------------|-------------------------------|--------------|---------------------|
| 14-23 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 14900 | 1 |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 227800 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 178000 | 1 |

TIPO DOC.: CC
 NO. DOCUMENTO: 51749302
 APELLIDOS Y NOMBRES: MARTHA JEANETH CASTRO MENDOZA

| 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 | 1423500 | 1423500 | 1423500 | 0 | 178000 | 0 | 227800 | 0 | 14900 | 0 |



Versión: 05

Código:
GTH- F- 074

Proceso Gestión de Talento Humano

Formato Entrega de Bienes e Información de Ejecución Contractual por el Contratista

| | | | | | | |
|--|-------------|---|------------|----------|------------------|------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: MARTHA JEANETH CASTRO MENDOZA | | | | | IDENTIFICACIÓN | |
| CIUDAD | BOGOTA D.C. | FECHA | 30/12/2025 | REGIONAL | DISTRITO CAPITAL | 51.749.302 |
| DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO: | | Carrera 6 # 45 52, Centro De Formación De Talento Humano En Salud | | | | |
| NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO: | | CO1.PCCNTR.7601224 DE 2025 | | | | |

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

| | | | | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|--------|--------------------------|--|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO | <input checked="" type="checkbox"/> | CESIÓN | <input type="checkbox"/> | LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO | <input type="checkbox"/> | TERMINACIÓN UNILATERAL | <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------|-------------------------------------|--------|--------------------------|--|--------------------------|------------------------|--------------------------|

| DEPENDENCIA SENA | Marcar con x | RESPONSABLES | |
|--|-------------------------------------|---|---|
| | | NOMBRES Y APELLIDOS | FIRMA |
| GESTIÓN DE TIC | <input checked="" type="checkbox"/> | MIGUEL ANGEL CEPEDA DUARTE | Firmado digitalmente por Miguel Angel Cepeda Duarte Fecha: 2025.12.15 13:15:03 -05'00' |
| ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS | <input checked="" type="checkbox"/> | MARIA PAULA MORALES SARMIENTO (Solo para administrativos) | Firmado digitalmente por Maria Paula Morales Fecha: 2025.12.15 20:37:54 -05'00' |
| ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL | <input checked="" type="checkbox"/> | DIANA MARCELA CARMONA | CARMONA PEREZ DIANA MARCELA Firmado digitalmente por CARMONA PEREZ DIANA MARCELA |
| ALMACÉN E INVENTARIOS | | Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo. | |
| SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación) | <input checked="" type="checkbox"/> | YEBRAIL DURAN AVILA | Firmado digitalmente por Yebrail Duran Avila Fecha: 2025.12.15 11:34:30 -05'00' |
| CONTABILIDAD | <input checked="" type="checkbox"/> | NATALIA STEFFANIA MONTENEGRO/ LUZ KARIME LOPEZ | Natalia Steffania Montenegro Ortiz Firmado digitalmente por Natalia Steffania Montenegro Ortiz Fecha: 2025.12.15 12:05:51 -05'00' |
| TESORERIA | <input checked="" type="checkbox"/> | DIANA MARCELA CARMONA | LOPEZ GARCIA LUZ KARIME 2025.12.24 11:43:52 -05'00' |
| COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ACADEMICA | <input checked="" type="checkbox"/> | DIANA MARCELA CARMONA | CARMONA PEREZ DIANA MARCELA Firmado digitalmente por CARMONA PEREZ DIANA MARCELA |
| BIBLIOTECA | <input checked="" type="checkbox"/> | ROSA TULIA MOLANO O LEONOR JIMENEZ CUELLAR | |
| AULA DE SIMULACIÓN | <input checked="" type="checkbox"/> | EDINSON ELJAUDE CASTILLA | Firmado digitalmente por Edinson Eljaude Castilla Fecha: 2025.12.15 11:04:28 -05'00' |
| OTRO | | | |
| SUPERVISOR DE CONTRATO | <input checked="" type="checkbox"/> | DIANA MARCELA CARMONA | CARMONA PEREZ DIANA MARCELA Firmado digitalmente por CARMONA PEREZ DIANA MARCELA |

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS :

 Firma del Contratista

| | | |
|---|--|-------------------|
|  | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA PROCESO DE GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA RELACION DE BIENES A CARGO DEL CUENTADANTE | Versión: 1.01 |
| | | Fecha: 15.10.2020 |
| | | |

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el documento 51749302 NO ha sido registrado en la Base de Datos y por tanto NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 29 de Diciembre de 2025 a las 11:01:41

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.