

 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)		Código Regional	23
	REGIONAL CÓRDOBA		Código Centro	101023
	DESARROLLO E IMPLEMENTACION DE TECNOLOGIA		Fecha Elaboración	Diciembre de 2025
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO - 2.25
			ID de Proceso	91041-788012
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: RAFAEL SIMON RUIZ CABRALES		Banco a consignar: BANCOLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía 1.067.941.661		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: rafaelruiz21@outlook.com		Número de Cuenta: 56936348713		
IP/Nº de contacto:		Presta Servicios Excluidos de IVA: SI		
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 SI				
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: 7529029/2025		Nº Compromiso SIIF 9725		Número de pagos durante la vigencia del contrato 10
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA GESTIONAR, DESARROLLAR Y ACOMPAÑAR ACTIVIDADES PARA LA EJECUCIÓN DE LOS PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DESDE LOS CENTROS DE FORMACIÓN DE LA REG		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del 01/12/2025 Al 31/12/2025		Saldo Anterior del Contrato: \$ 5.600.000		
Número de pago 10		Valor Total del Contrato: \$ 56.000.000		
Valor Bruto Pago: \$ 5.600.000,00		Nuevo Saldo del Contrato: \$ 0		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 5.600.000		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 \$ 5.600.000		Menos, ReteFuente Otros Ingresos \$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 3.712.900		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
		Diciembre	Noviembre	Base retención en la fuente a título de RENTA 3.712.900,00 TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	91866216	Base retención en la fuente a título de ICA 4.961.600,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 2.240.000	\$ 2.240.000	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 280.000	\$ 280.000	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 358.400	\$ 358.400	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA 0,00 15%
ARL I		\$ 11.700	\$ 11.700	Reteica - 8299 - MONTERIA 9.923,00 0,200%
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% \$32.784.341		\$ 1.237.000		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$16.085.000				VALOR A PAGAR \$5.590.077,00
Retención en la Fuente Contingente \$				
SON: CINCO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA MIL SETENTA Y SIETE PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Apoyar la vigilancia, seguimiento y consolidación de información necesaria para la ejecución de planes, programas y proyectos, asegura				
Articular con las áreas encargadas y apoyar el desarrollo de las actividades relacionadas con la contratación en sus diferentes etapas				
Elaborar informes que sean requeridos por la regional o la Dirección de Formación Profesional de los planes, programas y proyectos				
Asistir a las reuniones y mesas trabajo de que sean requeridas por la regional o la Dirección de Formación Profesional				
Las demás que le sean asignadas y que estén relacionadas con el objeto contractual				
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				
			RAFAEL SIMON RUIZ CABRALES 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 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.			JOSE FRANCISCO RUIZ DORIA PROFESIONAL G05	
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 HUMBERTO JOSÉ PATERNINA ESPITIA DIRECTOR REGIONAL C G05				

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1067941661	RAFAEL SIMON RUIZ CABRALES		Calle 69 No 1a - 40	7840255	rafaelruiz21@outlook.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CÓRDOBA	MONTERÍA	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-11	2025-11	I	28/11/2025	91866216	TOTAL A PAGAR
					\$1.391.000

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	599.100	0		0		0	0	0	0	599.100	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	766.800	0	0	0	0	0	0		766.800	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	25.100				25.100	0	0	25.100			251	25.100	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	599.100	599.100
Pensión	1	766.800	766.800
Riesgos Laborales	1	25.100	25.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.391.000	1.391.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1067941661	RAFAEL SIMON RUIZ CABRALES		Calle 69 No 1a - 40	7840255	rafaelruiz21@outlook.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CÓRDOBA	MONTERÍA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-11	2025-11	I	28/11/2025	91866216	10
					TOTAL A PAGAR
					\$1.391.000

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Empleados	Cotiz. anterior	Exonerado	NO	RET	TIDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SEN	ICB	USC	USC	ANP	VBT	RE	CORRECCIÓN	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	1067941661	RUIZ CABRALES RAFAEL SIMON	59	0		N																		25-14	4.792.449	766.800	0	0	0	0	EPS010	4.792.449	599.100	14-23	4.792.449	1	25.100		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1067941661	RAFAEL SIMON RUIZ CABRALES		Calle 69 No 1a - 40	7840255	rafaelruiz21@outlook.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CÓRDOBA	MONTERÍA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		2823894	06/01/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	\$0	\$1.391.000	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	599.100	0		0		0	0	0	0	599.100	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	766.800	0	0	0	0	0	0		766.800	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	25.100				25.100	0	0	25.100			251	25.100	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
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	599.100	599.100
Pensión	1	766.800	766.800
Riesgos Laborales	1	25.100	25.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.391.000	1.391.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1067941661	RAFAEL SIMON RUIZ CABRALES		Calle 69 No 1a - 40	7840255	rafaelruiz21@outlook.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CÓRDOBA	MONTERÍA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		2823894	06/01/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	\$0	\$1.391.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																						
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Columna anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TRP	USP	USP	USP	USP	USP	USP	USP	USP	USP	USP	USP	USP	USP	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riego	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN								
1	CC 1067941661	RUIZ CABRALES RAFAEL SIMON	59	0		N																					25-14	4.792.449	30	766.800	0	0	0	0	EPS010	4.792.449	30	599.100	14-23	4.792.449	30	1	25.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.067.941.661**

RUIZ CABRALES

APELLIDOS
RAFAEL SIMON

NOMBRES

Rafael Ruiz C
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-JUL-1995**

MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.76 **AB+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

30-JUL-2013 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Arbel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARBEL SÁNCHEZ TORRES



P-1300100-00468345-M-1067941661-20130913 0034876468A 1 40743904

NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



Verificados los resultados del participante en el curso virtual
Función Pública certifica que:

rafael simon ruiz cabrales

C.C 1.067.941.661

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

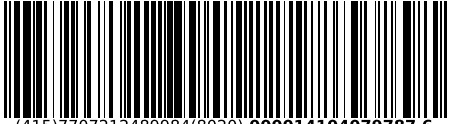
Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 20 de febrero 2025

Aura Isabel Mora

Código: 76737076000

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 0 2 Actualización				4. Número de formulario 141040797876			
				 (415)7707212489984(8020) 000014104079787 6			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 6 7 9 4 1 6 6 1		6. DV 0		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Montería		14. Buzón electrónico 1 2	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 1 0 6 7 9 4 1 6 6 1			
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Córdoba 2 3		30. Ciudad/Municipio Montería 0 0 1			
31. Primer apellido RUIZ		32. Segundo apellido CABRALES		33. Primer nombre RAFAEL		34. Otros nombres SIMON	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Córdoba 2 3		40. Ciudad/Municipio Montería 0 0 1			
41. Dirección principal CL 70 CON PRIMERA ED RIOVENTO BRR EL RECREO							
42. Correo electrónico rafaelruiz21@outlook.com							
43. Código postal 2 3 0 0 1		44. Teléfono 1 3 0 0 8 4 3 9 4 3 6		45. Teléfono 2 7 8 5 1 1 8 1			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 6 9 1 0	47. Fecha inicio actividad 2 0 1 9 0 1 2 2	48. Código 0 0 9 0	49. Fecha inicio actividad 2 0 1 4 0 7 0 8	50. Código 6 8 1 0 5 5 1 1	51. Código		
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 5 4 9							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3			
58. CPC				57. Modo			
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación							
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos SI NO X				60. No. de Folios: 0			
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012. Firma del solicitante:				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: 984. Nombre RUIZ CABRALES RAFAEL SIMON 985. Cargo CONTRIBUYENTE			