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 ANTIOQUIA

CENTRO DE SERVICIOS Y GESTION EMPRESARIAL - ANTIOQUIA

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

Código Regional	**5**
Código Centro	**940210**
Fecha Elaboración	**31 de Marzo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**26226-685139**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	KENIA NAYIVER LOPEZ RAMIREZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	43.589.039	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	knlopez@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	00930534251
IP/Nº de contacto:	42257	**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 2025**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a $69.718.600	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a $209.496.000 (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:	9240113/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**28026**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, QUE PROGRAME EL CENTRO DE SERVICIOS Y GESTIÓN EMPRESARIAL EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2026**	**Al**	**31/03/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 34.741.645
Número de pago	**2**			**Valor Total del Contrato:**	$ 39.321.225
Valor Bruto Pago:		**$ 4.737.497,00**		**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 30.004.148

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.737.497**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.140.497**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**6009214259**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.831.832
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 229.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 293.100
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.900	$ 9.600
		$	
		$	
		$	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 31.031.595	$ 1.047.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.012.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.140.497,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,400%
-	0,00	0,400%
-	0,00	0,400%
-	0,00	0,400%
-	0,00	0,400%
Jaime Isaza Cadavid	18.950,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.718.547,00**	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS DIECIOCHO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ver anexo informe de actividades correspondiente al mes de MARZO que se encuentra en el proceso registrado en la plataforma Secop II

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

KENIA NAYIVER LOPEZ RAMIREZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

Liliana Ma. Galeano Z.

LILIANA MARIA GALEANO ZEA
INSTRUCTOR

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
SERGIO MARCEL DUARTE CASTRO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

10/03/26 10:17:42 USUARIO: SIC - C.C. 43589039

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	43589039
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			KENIA NAYIVER LOPEZ RAMIREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CALLE 34B N 94-37	TELÉFONO:	3004275
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6009214259**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/03/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		104197543

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
								X								

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	$ 293.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 293.100**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 229.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 229.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 9.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.600**

VALOR SIN MORA:	**$ 531.700**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 531.700**

Planilla Pagada

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

SOMTI SALUD NIT:9 0 1 2 6 4 0 8 5- 7

Dirección: CARRERA 87 # 47A - 37 ESTACION SANTA LUCIA

CEL. 3204240505

Fecha Examen : 06/03/2026 HORA : 16:14

Tipo de Examen : INGRESO



IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

NOMBRE DEL TRABAJADOR	KENIA NAYIVE LOPEZ RAMIREZ			PROFESION	COMUNICACION SOCIAL
DOCUMENTO	CC - 43589039			DIRECCION	CALLE 34 B 94 37 3
LUGAR DE NACIMIENTO	MEDELLIN			TELEFONO	3004278059
F.NACIMIENTO	08/07/1974	SEXO	FEMENINO	MUNICIPIO	MEDELLIN (ANTIOQUIA)
EDAD	51 Años - 7 Meses - 28 Dias	RH:	O+	E.P.S.	SURA
ESTADO CIVIL	SOLTERO(A)			A.F.P.	PROTECCION
ESCOLARIDAD	Superior	N. HIJOS :	1	A.R.L.	SURA
NOM. EMPRESA	PARTICULAR				
CARGO A DESEMPEÑAR	COMUNICADORA SOCIAL				
Fecha de Ingreso	08/03/2023	Antiguedad	2 Años 11 Meses	Empresa en mision:	SENA

RESULTADO DE EXAMENES

Audiometría	Normal
Glicemia	No realizado
Hemoleucograma y Sedimentación	No realizado
Columna y Osteomuscular	Normal
Espirometría	No realizado
Valoración Psicológica	Normal durante la evaluación médica
Examen Visual Ocupacional	EXAMEN VISUAL CORRIGE CON LENTES

CONCEPTO MEDICO INGRESO

Sin restricciones para el cargo a desempeñar	
Con recomendaciones para el cargo a desempeñar	X
Con restricciones para el cargo a desempeñar	
Motivo:	
Aplazado	
Motivo:	
No Apto para el cargo	
Motivo:	
Próxima valoración ocupacional	1 AÑO

EX. VIS.	Cerca	Lejos	Usa Corrección
OD	0.5 M	20/20	SI
OI	0.5 M	20/20	**Visión Cromática**
AO	0.5 M	20/20	Normal

RECOMENDACIONES - OBSERVACIONES Y RESTRICCIONES

Hábitos saludables: Nutrición balanceada que incluya: frutas (tres porciones por día), verduras, proteínas (preferiblemente carnes blancas, por ejemplo, pollo, pescado, cerdo), agua; regulando el consumo de harinas (no más de dos harinas en la misma comida), grasas, azucares,derivados lácteos y ejercicio físico 150 minutos a la semana de una duración no menor a 30 minutos por sesión. Reportar las condiciones de trabajo que pueden ser generadoras de accidentes laborales. Utilizar adecuadamente los elementos de protección personal, guantes, tapabocas .Pausas activas durante la jornada laboral. Cumplir a cabalidad con las normas del reglamento de higiene y seguridad industrial en la empresa. Reportar todo incidente y/o accidente de trabajo que ocurra. Las evaluaciones médicas ocupacionales (ingreso, periódica y de egreso) las debe realizar el empleador público y privado en forma obligatoria. (Resolución 1843 de 2025 del Ministerio de la Protección Social)

S.V.E.	
Visual	
Auditivo	
Ergonómico	X
Psicosocial	X
Cardiovasc.	
R. Biológico	
Respiratorio	
Químico	
Voz	

Remisión EPS : **NO**

Se requiere nueva valoración ☐

EXAMINADO: Bajo la gravedad de juramento afirmo que he contestado todas las preguntas realizadas sin omitir información sobre mi historia de salud. He recibido todas las recomendaciones y / o restricciones sobre mi puesto de trabajo para que pueda cumplir la labor que se me ha asignado, acatando así lo dispuesto por la resolución 2346 de 2007

RODRIGO HUMBERTO ZAPATA ZULUAGA

Registro Médico : 05281703 Licencia S.O. 05281703

KENIA NAYIVE LOPEZ RAMIREZ

CC - 43589039