

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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 SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional	11		
			Código Centro	940510		
			Fecha Elaboración	Abril de 2026		
			Versión	ENERO - 1,26		
			ID de Proceso	55788-116220		
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos: CLAUDIA LILIANA VELASCO RAMIREZ		Banco a consignar: BANCO CAJA SOCIAL				
Cédula de Ciudadanía 63.526.654		Tipo de cuenta: AHORROS				
Correo electrónico: clvelasco45@misena.edu.co		Número de Cuenta: 24047105599				
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 2025		NO		
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?						
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600						
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)						
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?						
Concepto del pago corresponde a: Ninguno						
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%						
DATOS DEL CONTRATO						
Nº del contrato:	9110899/2026	Nº Compromiso SIIF	28126	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar servicios personales temporales con autonomía técnica, administrativa, financiera y tecnológica, para apoyar los procesos de Formación Profesional Integral en competencias del area tematica de Gestión				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del	01/04/2026	Al	30/04/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 40.268.725	
Número de pago	4			Valor Total del Contrato:	\$ 50.059.552	
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 35.531.228	
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						
		Abril	Marzo	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.140.497,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	1080364334	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 236.900	\$ 236.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 303.200	\$ 303.200	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		\$ 9.900	\$ 9.900	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	40.547,00	0,966%
		\$			0,00	0%
		\$			0,00	0%
		\$			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 \$ 837.984		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% \$41.375.460		\$ 1.047.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 2.094.000				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$		VALOR A PAGAR	\$4.696.950,00	
SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Obl 1. Realice el acompañamiento mediante visitas a los aprendices de las fichas: 3137300 (59,80hrs), 3114684 (18hrs), 3143142 (17,90 hrs), 2922953 (4hrs), 2996761 (15,90hrs), 3230571 (11,00hrs), 3170202 (16,00hrs), 2996765 (5,90hrs). Obl 2. Documento en el inform e mensual entregado, las acciones que realice durante es mes. Obl 3. Gestione y ejecute acciones correspondientes a las fichas asignad as por la coordinación. Obl 4. Evalúe los resultados de aprendizaje correspondientes a etapa productiva. Obl 9. Presente informe y ac ta mensual conforme al contrato y necesidades del servicio. Obl 10. Realice los cursos de seguridad y salud en el trabajo en la plataf orma SI CONTRATISTA. Obl 11. Asistí a los espacios de reunión organizados por la coordinación. Obl 12. Utilice de manera cuidadosa los recursos que me asigno el SENA para este mes.						
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						
CLAUDIA LILIANA VELASCO RAMIREZ 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 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,						
JESICA CARDENAS VALDERRAMA TECNICO 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 MIREYA PARRA PINTO SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)						



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-04-09, 10:55:03 a. m. Tipo Planilla I Número Planilla 1080364334

Periodo Cotización 202603 Periodo Servicio 202603

PAGADA 2026-04-09 10:51:40.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CLAUDIA LILIANA VELASCO RAMIREZ						
Documento	CC 63526654			Dirección	CR 116B #70 A - 54 INTERIOR 6 APTO 201		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Teléfono	4778969		
Tipo Persona	NATURAL			Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	BOGOTA D.C.			Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal				Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 63526654		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					VELASCO RAMIREZ CLAUDIA LILIANA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades															Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos				Caja				Parafiscales												
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPTS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF							
														0	30	30	30	30																																
																																</																		

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPTS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	POSITIVA DE SEGUROS	COLSUBSIDIO	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 303.200	\$ 0	\$ 0	\$ 236.900	\$ 9.900	\$ 37.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	



PAGOSIMPLE | Pago a las Administradoras

Fecha Creación Reporte: 2026-04-09, 10:52:46 AM Tipo Planilla: I: Planilla independientes Número Planilla: 1080364334

Periodo Cotización: marzo de 2026

Periodo Servicio: marzo de 2026

PAGADO 09/04/2026

Datos del Aportante

Razón Social	CLAUDIA LILIANA VELASCO RAMIREZ				
Documento	CC63526654	Dirección	CR 116B #70 A - 54 INTERIOR 6 APTO 201		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	4778969		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO		
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		Identificación			

Detalle de los Pagos por Administradora

Nit	Código	Nombre Administradora	Afiliados	Valor Sin Mora	Valor Mora	Total Pagado
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 303.200	\$ 0	\$ 303.200
N860011153	14-23	POSITIVA DE SEGUROS	1	\$ 9.900	\$ 0	\$ 9.900
N860007336	CCF22	COLSUBSIDIO	1	\$ 37.900	\$ 0	\$ 37.900
N860066942	EPS008	COMPENSAR EPS	1	\$ 236.900	\$ 0	\$ 236.900
Total Pagado				\$ 587.900	\$ 0	\$ 587.900

