



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 MECÁNICA AUTOMOTRIZ Y TRANSPORTE- BTÁ D.C.

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

Código Regional	11
Código Centro	921310
Fecha Elaboración	Mayo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	16446-502473

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	PAOLA ANDREA RATIVA RIOS	Banco a consignar:	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	1.023.903.849	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	paolaandrear1018@gmail.com	Número de Cuenta:	24102904244
IP/Nº de contacto:	18500	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 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:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

**DATOS DEL CONTRATO**

Nº del contrato:	9197156/2026	Nº Compromiso SIIF	13126	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	APOYOS ADM. Y GEST: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES PARA PLANEAR, EJECUTAR Y REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD INTEGRAL, DIRIGIDAS A LOS APRENDICES DEL COMPLEJO CAZUCA				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 24.000.000
Número de pago	4			Valor Total del Contrato:	\$ 33.493.333
Valor Bruto Pago:	\$ 3.200.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 20.800.000

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

Ingresos por honorarios	\$ 3.200.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 3.200.000</b>		<b>\$ 0</b>
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.018.700</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Mayo	Abril			TARIFA
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	8378539841	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.018.700,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	Base retención en la fuente a título de ICA	2.700.900,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 218.900	\$ 218.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 280.200	\$ 280.200	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	\$ 9.200	\$ 9.200	Menos Retención IVA	0,00	15%
			Reteica - 8299 - BOGOTÁ	26.091,00	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%	\$ 37.927.505	\$ 673.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 1.992.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$3.173.909,00</b>	

**SON: TRES MILLONES CIENTO SETENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS NUEVE PESOS M/CTE**

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

Identificar necesidades y novedades de los aprendices para poder reorientar y direccionarlos según la situación.  
 Atención Primaria y Seguimientos en Salud - Taller Primer Respondiente - Taller Importancia Y beneficios de donar Hemoderivados  
 Validación de Incapacidades, Seguimiento Individual de Aprendices- Taller Enfermedades Respiratorias (Prevención uso del Vaper)  
 Conmemoración día mundial de la hipertensión- Atención primaria, una vez se valora al aprendiz se establece si requiere orientación y sensibilización de póliza estudiantil: Seguros de vida AURORA (Coberturas, líneas de atención, convenio con entidades, proceso de ater  
 Articulación con el Banco Distrital de Sangre (IDCBIS), para jornada de donación de sangre y sesión educativa.  
 Articulación con las profesionales psicosociales para realización de actividad de "Vacunación concientización de la salud mental"  
 Socialización Póliza estudiantil voceros jornada diurna y nocturna CTCM- Reunión Equipo de Bienestar al aprendiz.  
 Solicitud de eventos. Cargue o relación de aprendices en Sena Sofia Plus- Promoviendo la salud mental a través de la cultura digital

**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

PAOLA ANDREA RATIVA RIOS  
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,

BLANCO FREDY VELEZ NIÑO  
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  
FREDY VELEZ NIÑO  
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

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

**Señor(a):** PAOLA ANDREA RATIVA RIOS  
**No. Identificación:** CC1023903849  
**Dirección:** CARRERA 75 B N 60A 33  
**Telefono:** 3503979818  
**Correo:** paolaandrear1018@gmail.com  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.  
**Número de Planilla:** 8378539841

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

<b>Nombre Aportante</b>	PAOLA ANDREA RATIVA RIOS	<b>Número de Empleados</b>	1
<b>Tipo y número de identificación</b>	CC1023903849	<b>Periodo de Cotización Salud</b>	abril de 2026
<b>Número de planilla</b>	8378539841	<b>Periodo de Cotización Pensión</b>	abril de 2026
<b>Fecha pago</b>	2026-05-13	<b>Número de Administradoras</b>	3
<b>Número de autorización pago</b>	93003737	<b>Total Pagado</b>	508300
<b>Banco</b>	1023	<b>Total Intereses de Mora</b>	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	9200	1
230301	Porvenir	280200	1
EPS008	Compensar EPS	218900	1

TIPO DOC.: CC  
 NO. DOCUMENTO: 1023903849  
 APELLIDOS Y NOMBRES: PAOLA ANDREA RATIVA RIOS

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	230301	1750905	1750905	1750905	0	218900	0	280200	0	9200	0