



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 | Abril de 2026 |
| Versión | ENERO - 1.26 |
| ID de Proceso | 37811-760034 |

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. | | | |
| Ninguno 0,00% | | | |

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 | 01/04/2026 | Al | 30/04/2026 | Saldo Anterior del Contrato: | \$ 27.200.000 |
| Número de pago | 3 | | | Valor Total del Contrato: | \$ 33.493.333 |
| Valor Bruto Pago: | \$ 3.200.000,00 | | | Nuevo Saldo del Contrato: | \$ 24.000.000 |

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---------------------|---------------------------------------|-------------|
| Ingresos por honorarios | \$ 3.200.000 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | \$ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | \$ 0 |
| TOTAL INGRESOS DEL PERIODO | \$ 3.200.000 | | \$ 0 |
| BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE | \$ 2.018.700 | TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO | \$ 0 |

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

| | Abril | Marzo | | | |
|--|---------------|--------------|---|-----------------------|--------|
| Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS | ----- | 8371190787 | Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.018.700,00 | TARIFA |
| Ingreso Base de Cotización - IBC | \$ 1.750.905 | \$ 1.750.905 | Base retención en la fuente a titulo 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 Retencion 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 | 0,000% |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | \$ 1.319.000 | | | | |
| Retención en la Fuente Contingente | \$ | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| | | | VALOR A PAGAR | \$3.173.909,00 | |

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Planeación con la líder de bienestar, sobre las actividades a desarrollar para el mes de abril en relación con el plan estratégico de identificar necesidades y novedades de los aprendices para poder reorientar y direccionarlos según la situación

Atención Primaria y Seguimientos en Salud -Taller Primer Respondiente -Validación de Incapacidades. Reunión Equipo de Bienestar

Seguimiento Individual de Aprendices. -Taller autocuidado - Postura de -Preservativo Masculino. -Taller Uso del DEA (Apoyo a Brigada)

Taller Día Mundial De La Salud (Toma de T.A / Tamizaje Peso y Talla). Seguimiento en salud de aprendices. Inducción Virtual II Oferta

Atención primaria, una vez se valora al aprendiz se establece si requiere orientación y remisión por póliza ó EPS.

Articulación con profesional psicosocial y cultura física para actividad macro del día Mundial de la Salud (22 abril)

Reunión miércoles 29 de abril, con aprendiz, psicosocial, coordinador académico, instructor y área de atención primaria.

Solicitud de eventos. Cargue o relación de aprendices en Sena Sofia Plus. Socialización Póliza estudiantil a (INSTRUCTORES).

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,

**BLANCA NIEVES GRANADOS MORENO
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

**MAYRA ALEJANDRA APONTE DAZA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|--------------------------|--------|-----------------------|--------------------|----------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1023903849 | PAOLA ANDREA RATIVA RIOS | | CARRERA 75 B N 60A 33 | 3503979818 | paolaandrear1018@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | 1 - Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|----------------------|------------------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 71190787 | 16/04/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-03 | 2026-03 | I | \$0 | \$509.100 | |

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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 218.900 | 0 | | 0 | | 0 | 2 | 300 | 0 | 219.200 | 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 | |
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 400 | 0 | 280.600 | 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 | 9.200 | | | | 9.200 | 2 | 100 | 9.300 | | | 92 | 9.300 | 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 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 2 | 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 | 218.900 | 219.200 |
| PenSIÓN | 1 | 280.200 | 280.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 9.200 | 9.300 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 508.300 | 509.100 |

