



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 DE SALUD - ANTIOQUIA

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

Código Regional	5
Código Centro	940110
Fecha Elaboración	Setiembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	42837-134463

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	CAROLINA LOPEZ OSORIO	Banco a consignar:	
Cédula de Ciudadanía	24.339.660	Tipo de cuenta:	
Correo electrónico:	clopezo@sena.edu.co	Número de Cuenta:	
IP/Nº de contacto:	57	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 2024	NO
¿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			NO
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:	7444570/2025	Nº Compromiso SIIF	22125	Número de pagos durante la vigencia del contrato	8
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR - PRESTAR SERVICIOS TEMPORALES, DESTINADOS A LA CAPACITACIÓN, ORIENTACIÓN Y ASISTENCIA EN EL PROGRAMA DE FORMACIÓN TITULADA TÉCNICO EN ENFERMERÍA, ADEMÁS DE LA FORMACIÓN COMPLEMENTARIA QUE SE DERIVE O ESTÉ RELACIONADA CON DICHO PROG				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/09/2025	Al	12/09/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 17.324.824
Número de pago	8	Valor Total del Contrato:	\$ 48.141.548		
Valor Bruto Pago:	\$ 1.839.804,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 15.485.020

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

Ingresos por honorarios	\$ 1.839.804	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 1.839.804</b>	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 933.724</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Setiembre	Agosto	Base retención en la fuente a título de RENTA	933.724,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	34366276	Base retención en la fuente a título de ICA	1.461.104,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.328.600	\$ 1.839.804	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 166.100	\$ 230.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 212.600	\$ 294.400	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
ARL III	\$ 32.400	\$ 44.900	Reteica - 8299	0,00	0,400%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-		0,00	0,400%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-		0,00	0,400%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-		0,00	0,400%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	-		0,00	0,400%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -	-	Jaime Isaza Cadavid	7.359,00	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	\$ 183.980	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 26.227.473	\$ 311.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 5.980.000	-			
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	-	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$1.832.445,00</b>	

**SON: UN MILLÓN OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE**

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

Ver anexo informe de actividades correspondiente al mes de SEPTIEMBRE se encuentra en el proceso registrado en Secop II vigencia a 2025.

**PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:**

1. Cumpli 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

**CAROLINA LOPEZ OSORIO  
EL CONTRATISTA**

**CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
- 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,

**JHACESIZ MARY HINCAPIE ATEHORTUA  
INSTRUCTOR G17**

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  
CARLOS DARIO JIMENEZ BALOCO  
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

Se certifica que la empresa , identificada con CC-24339660 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA	CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL	
Período pensión: 2025-08	231001	800227940	COLFONDOS	1	10	294.400	1.900	296.300	
Período salud: 2025-08	EPS010	800088702	EPS SURA	1	10	230.000	1.500	231.500	
Planilla Nro.: 34366276 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	10	44.900	300	45.200	
Clase de aportante: I	SINCCF	0	SIN CCF	1	10	0	0	0	
Fecha transacción: 2025-09-22	PASENSA	899999034	SENA	0	10	0	0	0	
Banco: BANCO DAVIVIENDA S.A.	PAICBF	899999239	ICBF	0	10	0	0	0	
Transacción: 1794185739	PAESAP	899999054	ESAP	0	10	0	0	0	
	PAMIED	899999001	MINEDU	0	10	0	0	0	
<b>GRAN TOTAL</b>							<b>\$ 573.000</b>		

PAGADO