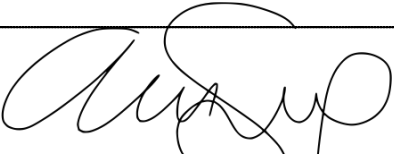
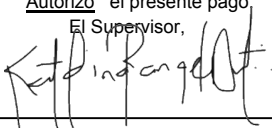


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional	25
	REGIONAL CUNDINAMARCA		Código Centro	951310
	CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL-CUNDINAMARCA		Fecha Elaboración	Agosto de 2025
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO - 2.25
		ID de Proceso	12958-457697	
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: ANGIE PAOLA SAMPER MURCIA		Banco a consignar: DAVIVIENDA		
Cédula de Ciudadanía 1.069.727.806		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: apsamper@sena.edu.co		Número de Cuenta: 0570481870003359		
IP/Nº de contacto: 0		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 SI		
¿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: 7440756/2025		Nº Compromiso SIIF 31925		Número de pagos durante la vigencia del contrato 7
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS DE LA OFERTA ACADÉMICA DEL CENTRO DESARROLLO AGROEMPRESARIAL DE LA REGIONAL CUNDINAMARCA, EN SUS DIFERENTES MODALIDADES; PERTENECIENTES A LA RED DE AMBIENTAL.		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del 01/08/2025 Al 30/08/2025		Saldo Anterior del Contrato: \$ 4.599.511		
Número de pago 7		Valor Total del Contrato: \$ 30.510.090		
Valor Bruto Pago: \$ 4.599.511,00		Nuevo Saldo del Contrato: \$ 0		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 4.599.511		Ninguno 0,00%		
Ingresos por comisiones \$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo \$ 0		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0				
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 4.599.511		Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.704.460		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
		Agosto	Julio	Base retención en la fuente a título de RENTA 2.704.460,00 TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	9489054483	Base retención en la fuente a título de ICA 4.075.111,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.839.804	\$ 1.839.804	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 230.000	\$ 230.000	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 294.400	\$ 294.400	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		\$ 9.700	\$ 9.700	Reteica - 8299 - CHIA 32.601,00 0,800%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		- 0,00 0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		- 0,00 0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		- 0,00 0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -		- 0,00 0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -		- 0,00 0%
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		\$ 459.951		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Salud hasta \$ 796.784		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 22.949.039	\$ 901.000	Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 5.057.000		0,00
Retención en la Fuente Contingente		\$		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
				VALOR A PAGAR \$4.566.910,00
SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS DIEZ PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ejecutar la formación profesional integral, en los programas de la red objeto del contrato según asignación de grupos de programas de				
Planear y ejecutar el desarrollo curricular del programa (s) que se le asignen durante la ejecución del contrato (Proyecto de formación				
Emitir juicio valorativo sobre el nivel de cumplimiento de los resultados de aprendizaje de las competencias del programa, aplicando l				
Participar en las actividades de apoyo a la formación (alastamiento, inducción, bienestar al aprendiz, Sennova, autoevaluación y regis				
Mantener organizadas y actualizadas las evidencias en las plataformas destinadas a ello, considerando los lineamientos institucionales				
Soportar al menos tres (3) certificaciones en los componentes: técnico, pedagógico, idiomas y/o habilidades blandas para el mejoramien				
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		 ANGIE PAOLA SAMPER MURCIA EL CONTRATISTA		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:		Autorizo el presente pago El Supervisor,		
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.		MARIA KATALINA RANGEL GUTIERREZ INSTRUCTOR G20		
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 JAVIER RICARDO JIMENEZ RINCON SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																														
Identificación		dv	Razon Social				Clase Aportante				Sucursal Principal				Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono	Exonerado SENA e ICBF										
CC 1069727806			SAMPER MURCIA ANGIE PAOLA				INDEPENDIENTE				PRINCIPAL				Cra 4 N 2-100 CASA 214		CAJICA-CUNDINAMARCA		3232084393	No										
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																														
Periodo		Clave				Tipo		Fecha				Pago																		
Pensión		Salud		Pago		Planilla		Planilla		Limite		Pago		Banco				Dias Mora		Valor										
2025-07		2025-07		1680291083		9489054483		I		2025/08/04		2025/08/05		BANCO DAVIVIENDA				1		\$581,100										
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																														
EMPLEADO			NOVEDADES												PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES							
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																														
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																														
Ciudad: CAJICA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)																														
1	CC	1069727806	SAMPER ANGIE																	230301	30	EPS008	30	CCF24	30	14-23	30	1.044%	30	No
Total Afiliados(1)																														

DATOS GENERALES DEL APORTANTE												
Identificación	dv	Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1069727806		SAMPER MURCIA ANGIE PAOLA		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		Cra 4 N 2-100 CASA 214		CAJICA-CUNDINAMARCA	3232084393	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION												
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago					
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco			Días Mora	Valor	
2025-07	2025-07	1680291083	9489054483	I	2025/08/04	2025/08/05	BANCO DAVIVIENDA			1	\$581,100	
RESUMEN DE PAGO												
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA		SALDOS E INCAPACIDADES		VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$294,400	\$200		\$0		\$294,600	
PORVENIR		230301	800,224,808	8	1	\$294,400	\$200		\$0		\$294,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$19,300	\$100		\$0		\$19,400	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		14-23	860,011,153	6	1	\$19,300	\$100		\$0		\$19,400	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$36,800	\$100		\$0		\$36,900	
COMPENSAR		CCF24	860,066,942	7	1	\$36,800	\$100		\$0		\$36,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$230,000	\$200		\$0		\$230,200	
COMPENSAR		EPS008	860,066,942	7	1	\$230,000	\$200		\$0		\$230,200	
TOTAL					1	\$580,500	\$600		\$0		\$581,100	



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 10 de agosto de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Chía

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	1070987574	Arturo Pardo Samper	HIJO
-------------	------------	----------------------------	-------------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

FIRMA

Nombre: **ANGIE PAOLA SAMPER MURCIA**

C.C. 1.069.727.806



CONTRASEÑA



ADURIA REGISTRADURÍA REGISTRADURÍA
REGISTRADURÍA REGISTRADURÍA REGISTRADURÍA
REGISTRADURÍA REGISTRADURÍA REGISTRADURÍA
ADURIA REGISTRADURÍA REGISTRADURÍA
REGISTRADURÍA REGISTRADURÍA REGISTRADURÍA

PRIMERA VEZ TI
1.070.987.574



APELLIDOS / NOMBRES

**PARDO SAMPER
ARTURO**

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

**09-FEB-2017
FACATATIVA - CUNDINAMARCA**

FECHA DE EXPEDICIÓN

27-MAR-2024

SEXO

MASCULINO

LUGAR DE PREPARACIÓN

CAJICA - CAJICA

OFICINA DE ENTREGA

CAJICA - CAJICA

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.



**ESTE COMPROBANTE ES
VÁLIDO HASTA EL 27-SEP-2024**

**8511340317
27-MAR-2024**