



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 CUNDINAMARCA

CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL-CUNDINAMARCA

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

Código Regional	25
Código Centro	951310
Fecha Elaboración	Setiembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	03375-481316

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	HELIBERTO MURCIA PAZ	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	12.199.278	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	murciap@sena.edu.co	Número de Cuenta:	0550076200077527
IP/Nº de contacto:	8331154	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?			
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000			
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)			
¿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:	7324478/2025	Nº Compromiso SIIF	6725	Número de pagos durante la vigencia del contrato	10
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 MECÁNICA INDUSTRIAL.				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/09/2025	Al	30/09/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 13.798.533
Número de pago	8			Valor Total del Contrato:	\$ 45.381.842
Valor Bruto Pago:	\$ 4.599.511,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 9.199.022

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

Ingresos por honorarios	\$ 4.599.511	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 689.945	Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 5.289.456</b>	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
<b>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 3.169.410</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Setiembre	Agosto				
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	8637735898	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.169.410,00	TARIFA	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.839.804	\$ 1.839.804	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.765.056,00		
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 230.000	\$ 230.000	Valor base IVA	0,00		
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 294.400	\$ 294.400	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	\$ 9.700	\$ 9.700	Menos Retencion IVA	0,00	15%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Reteica - 8299 - CHIA	38.120,00	0,800%	
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	\$ -		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	\$ 528.946		Otras Retenciones	0,00	0,000%	
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%	
Renta Exenta 25%	\$ 32.784.341	\$ 1.057.000	Otras Retenciones	0,00	0,000%	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 6.754.000		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00		
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$ 4.561.391,00</b>		

**SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y UN MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS M/CTE**

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

Se atendió la formación de aprendices en las siguientes Instituciones educativas, Articuladas con el CDA:	
IED.Luis Antonio Escobar de villa pinzón programa Soldadura de productos metálicos en platina	ficha: 2922569
IED.Luis Antonio Escobar de villa pinzón programa Soldadura de productos metálicos en platina	ficha: 2922606
IED.Luis Antonio Escobar de villa pinzón programa carpintería metálica	ficha: 3190877
IED.TC industrial de Tocancipá programa Soldadura de productos metálicos en platina	ficha: 2938373
IED. TC industrial de Zipaquirá programa Soldadura de productos metálicos en platina	ficha: 2922623
IED. TC industrial de Zipaquirá programa carpintería metálica	ficha:3190855

**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

**HELIBERTO MURCIA PAZ**  
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,

**SANDRA LILIANA BALLEEN BUSTOS**  
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

RAZÓN SOCIAL :	MURCIA PAZ HELIBERTO
IDENTIFICACIÓN:	CC-12199278
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-09-12
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-09-17
FECHA DE PAGO:	2025-09-08
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2025-08
PERÍODO SALUD:	2025-08
NÚMERO PLANILLA:	8637735898
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8603580576
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$ 1.840.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 230.000	\$ 230.000
230201	800229739	PROTECCION	1	\$ 1.840.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 294.400	\$ 294.400
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.840.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 44.900	\$ 44.900
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 569.300	\$ 569.300

# PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	20/10/2025
----------------------------------	------------



## FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 12 de septiembre de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

Ciudad

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(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

<b>R.C</b>	<b>1077880370</b>	<b>ANA SOFIA MURCIA ROSALES</b>	<b>HIJO</b>
<b>R.C</b>	<b>1077240875</b>	<b>SAMUEL ESTEBAN MURCIA ROSALES</b>	<b>HIJO</b>

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

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: HELIBERTO MURCIA PAZ

C.C. 12199278



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial

59244995

NUIP 1.077.980.370



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Form with checkboxes for Registraduría, Notaría, Consulado, Corregimiento, and Inspección de Policía. Código 7 7.

REGISTRADURIA DE GARZON - COLOMBIA - HUILA - GARZON

Datos del inscrito

Form for names: Primer Apellido MURCIA, Segundo Apellido ROSALES

Nombre(s) ANA SOFIA

Form for birth date: Año 2018, Mes NOV, Día 26, Sexo FEMENINO, Grupo sanguíneo O, Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) COLOMBIA HUILA GARZON

Form for previous document type: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO, and certificate number: 14993806-7

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos ROSALES AROCA DEICY PAOLA

Form for mother's ID: Documento de Identificación CC 1.077.863.753, Nacionalidad COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos MURCIA PAZ HELIBERTO

Form for father's ID: Documento de Identificación CC 12.199.278, Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos ROSALES AROCA DEICY PAOLA

Form for declarant ID: Documento de Identificación CC 1.077.863.753, Firma Deicy Rosales Aroca

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Form for first witness ID and signature

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Form for second witness ID and signature

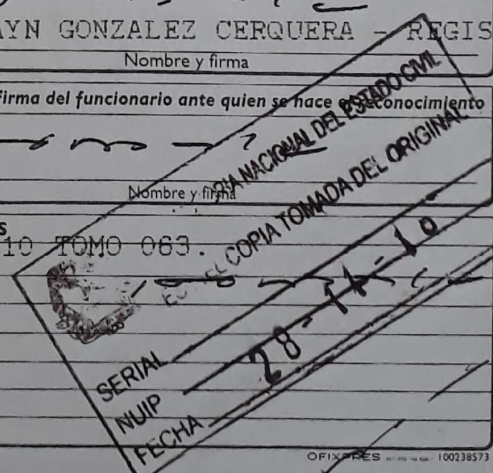
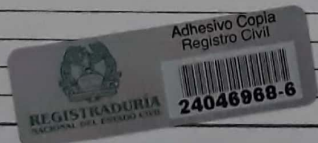
Fecha de inscripción

Form for registration date: Año 2018, Mes NOV, Día 27, and authorized official name/signature: HERSAYN GONZALEZ CERQUERA

Reconocimiento paterno

Form for paternal recognition: Firma Heliberto Murcia P., and official name/signature

ESPACIO PARA NOTAS 27.NOV.2018 - LIBRO DE VARIOS - FOLIO 010 TOMO 063



OFICINA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 100238573

HERSAYN GONZALEZ CERQUERA Registrador del Estado Civil

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.077.240.875

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54349149

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría  Notaria  Número 04 Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código K B W

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía  
NOTARIA 4 NEIVA - COLOMBIA - HUILA - NEIVA

Datos del inscrito

Primer Apellido MURCIA Segundo Apellido ROSALES  
Nombre(s) SAMUEL ESTEBAN

Fecha de nacimiento Año 2014 Mes JUL Día 06 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo 0 Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)  
COLOMBIA HUILA NEIVA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 128004258

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos ROSALES AROCA DEICY PAOLA

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.077.863.753 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos MURCIA PAZ HELIBERTO

Documento de identificación (Clase y número) CC 12.199.278 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos MURCIA PAZ HELIBERTO

Documento de identificación (Clase y número) CC 12.199.278 Firma Heliberto Murcia P.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción Año 2014 Mes JUL Día 21

Nombre y firma del funcionario que autoriza DEYANIRA ORTIZ CUENCA - NOTARIO

Reconocimiento paterno Firma Heliberto Murcia P.

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

ESPACIO PARA NOTAS

21-JUL-2014 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 4, FOLIO 278.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

*Handwritten signature*