
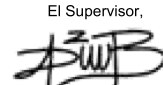
 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) REGIONAL CUNDINAMARCA CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL-CUNDINAMARCA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL 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	78809-854232
DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos:	ANGELICA MARIA NIÑO CORTES	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	52.082.179	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	angelica.26@misena.edu.co	Número de Cuenta:	17408897041
IP/Nº de contacto:		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:	7697518/2025	Nº Compromiso SIIF	123725
		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 AGROINDUSTRIA.		
DATOS PERIODO DEL PAGO			
Del	01/09/2025	Al	08/09/2025
Número de pago	7	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 13.798.533
Valor Bruto Pago:	\$ 1.226.536,00	Valor Total del Contrato:	\$ 37.562.673
		Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 12.571.997
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 1.226.536	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 1.226.536	Menos, ReteFuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 517.582	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		Setiembre	Agosto
Ingreso Base de Cotización - IBC			1075269706
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 1.423.500	\$ 1.839.804	Base retención en la fuente a título de RENTA 517.582,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 178.000	\$ 230.000	Base retención en la fuente a título de ICA 820.736,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ 227.800	\$ 294.400	Valor base IVA 0,00
ARL	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 7.500	\$ 9.700	Menos Retención en la Fuente 0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Menos Retención IVA 0,00
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Reteica - 8299 - CHIA 6.566,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	0,00%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -	\$ -	0,00%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -	\$ -	0,00%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -	\$ -	0,00%
Dependientes hasta	\$ 122.654	\$ -	0,00%
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	0,00%
Renta Exenta 25%	\$ 22.949.039	\$ 173.000	0,00%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 5.863.000	\$ -	0,00%
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	0,00%
			Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
			VALOR A PAGAR \$1.219.970,00
SON: UN MILLÓN DOSCIENTOS DIECINUEVE MIL NOVECIENTOS SETENTA PESOS M/CTE			
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Panificación: Ficha:3197058 I.E.D de Tausa			
Panificación: Ficha:2938445 I.E.D de Tausa			
Panificación: Ficha:2931138 I.E.D de Agustín Parra			
Panificación: Ficha:3204735 I.E.D de Manta			
Panificación: Ficha:3204722 I.E.D de Manta			
Panificación: Ficha:3178547 I.E.D de el altico cogua			
Cuso complementario " Elaboración de Helados y postres lácteos" Ficha:3305835			
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			
		ANGELICA MARIA NIÑO CORTES 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.			
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:		SANDRA LIANA BALLEEN BUSTOS INSTRUCTOR G20	
EL ORDENADOR DEL PAGO JAVIER RICARDO JIMENEZ RINCON SUBDIRECTOR DE CENTRO G02			



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-09-02, 08:01:59 PM Tipo Planilla | Número Planilla 1075269706 Referencia pago(PIN) 8823408298
 Periodo Cotización 202509 Periodo Servicio 202509
 Cliente:

PAGADA 2025-09-01

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGELICA MARIA NIÑO CORTES		
Documento	CC 52082179	Dirección	CR 93 #80 B - 05
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3103069656
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Total Afiliados	1
Representante Legal		Departamento	BOGOTA D.C.
		Identificación	

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52082179	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59 00				NIÑO CORTES ANGELICA MARIA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades														Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud				Riesgos				Caja				Parafiscales												
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	SUN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT				IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias AFP	Dias CCF	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSFS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30				16%	\$ 1.839.804	\$ 294.400	\$ 0	\$ 0	EPS005		12,5%	\$ 1.839.804	\$ 230.000	\$ 0	14-23	2	1,044%	\$ 1.839.804	\$ 19.300	NIN-CC	0%	\$ 0	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSFS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 294.400	\$ 0	\$ 0	\$ 230.000	\$ 19.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	





CORRESPONSAL BANCARIO
SCOTIABANK COLPATRIA

Puntored no te cobra por esta
transacción

Pago de facturas

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	01/09/2025
Hora	10:49:06
Terminal	369836
Convenio	PILA PLANILLA ASISTIDA SIMPLE
Cod.	0408
Convenio	
Referencia	8823408298
Valor	\$543,700
Transaccion	001240822210
Usuario	YULY ALEJANDRA DIAZ CORTES

Línea de atención

personalizada en Bogotá:

601 3487877 Resto del País: 01
8000 960 505

Aquí también puede pagar su
tarjeta de
credito y creditos de consumo
del Banco

Scotiabank Colpatria

BANCO SCOTIABANK COLPATRIA

VIGILADO

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE
COLOMBIA

El usuario autoriza a CONEXRED SAS
(PUNTORED) para el tratamiento de los
datos proporcionados para el envío de
soportes electrónicos de las
transacciones que realice en el punto,
cuando ello sea requerido o solicitado
por el Usuario, así mismo para
realizar estudios de consumo,
analítica de datos y comercializar la
información procesada, para ampliar la
oferta financiera, comercial y de
servicios que le proporciona PUNTORED y
/o para contactarlo y adelantar
campañas comerciales. Para conocer sus
derechos, consulte la Política de
Tratamiento disponible en www.puntored.co
los cuales podrá ejercer a través
del correo servicioal.cliente@puntored.co

co