



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 NACIONAL DE HOTELERÍA, TURISMO Y ALIMENTOS- BTÁ D.C.

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

Código Regional	11
Código Centro	940610
Fecha Elaboración	Octubre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	27790-108611

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?			
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:	8364248/2025	Nº Compromiso SIIF	87325	Número de pagos durante la vigencia del contrato	3
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: CPE: 11-9-2025-093432/PRESTAR SERVICIOS PERSONALES PARA APOYAR AL CNHTA EN EL DESARROLLO LAS ACCIONES RELACIONADAS CON LA OPERACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PROYECTO -TRANSFERENCIA TECNOLÓGICA PARA FORTALECER LA PANIFICACIÓN ARTESANAL CO				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/10/2025	Al	31/10/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 16.798.533
Número de pago	1			Valor Total del Contrato:	\$ 16.798.533
Valor Bruto Pago:	\$ 5.599.511,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 11.199.022

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 5.599.511	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	\$ 5.599.511	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 3.283.760	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Octubre	Setiembre	Base retención en la fuente a título de RENTA	3.283.760,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	1076255825	Base retención en la fuente a título de ICA	4.961.111,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 2.239.804	\$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 280.000	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 358.400	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
ARL	\$ 23.400	\$ 0	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	47.924,00	0,966%
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	\$ -	-	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	\$ 559.951	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 9.835.302	\$ 1.094.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 0	-	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	-	VALOR A PAGAR	\$5.551.587,00	

SON: CINCO MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y UN MIL QUINIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ENSEÑAR HACER PANES CON MASA MADRE
ENSEÑAR A FORMULAR Y BALANCEAR LAS FORMULAS PANADERAS
INICIAR CULTIVO DE MASA MADRE
CAPACITAR SOBRE COSTOS DE UN PRODUCTO
FORMAR HORNEAR Y PRESENTAR PRODUCTO FINAL
DILIGENCIAR FORMATOS COMO ACTA INICIAL, CARACTERIZACIÓN DE LAS PANADERIAS

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	
	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.	DIEGO LEON GONZALEZ PAEZ INSTRUCTOR

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
JULIO ALEJANDRO SANABRIA VARGAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Angelica Maria Niño Cortes, identificado(a) con CC número 52082179, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52082179
NOMBRES Y APELLIDOS	Angelica Maria Niño Cortes
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	26/12/1971
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/03/2017
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	197 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	181 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/03/2017
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

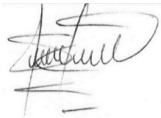
CEDULA DE CIUDADANIA 52082179 ANGELICA MARIA NIÑO
CORTES Desde 01/02/2018 - Vigente

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANGELICA MARIA NIÑO CORTES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52082179**, se encuentra afiliado/a desde **23/08/2001** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 09 de octubre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 1 de Octubre del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

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:

C.C.	1019602873	Laura Valentina Gomez Niño	Hijo(a)
------	------------	----------------------------	---------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 25 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

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,

Angelica M^a Niño C

ANGÉLICA MARIA NIÑO CORTES
C.C. 52082179

UNIVERSIDAD CATÓLICA de Colombia
Vigilada Mineducación

NIT: 860.028.971 - 9
www.ucatolica.edu.co
PBX: 001 4 43 37 00
Av. Caracas No. 46 - 72, sede Los Tames, Bogotá

COPIA PARA EL ALUMNO

Registro de Operación: 201558515
RECAUDOS CONVENIOS MASIVOS
Sucursal: 183
Código del Alumno: 5200795
Fecha: 04/07/2025
Fecha de Expedición: 03/07/2025
Secuencia: 69
Código Convenio: 001
Código Convenio: 584
Nombre Convenio: UNIVERSIDAD CATOLICA DE COLOMBIA

ALUMNO: LAURA VALENTINA GOMEZ NIÑO
FACULTAD: PREGRADO FAC. INGENIERIA

INGRESO: 2022-1

Pagos en EFECTIVO, O CHEQUE DE GERENCIA, de FONDO de CESANTIAS o MIXTO en:
Banco Caja Social - Sucursal: Puente - Sucursal: Ciudad de Ciudadanía

CONCEPTOS	VALORES
POR ABONO A MATRICULA	\$3,420,500
PAGO OPORTUNO	09/07/2025 \$3,420,500
PAGO EXTRAORDINARIO	09/07/2025 \$3,420,500

TOTAL CONSIGNADO:

Valor Total: \$3,420,500.00
Medio de Pago: EFECTIVO
Valor Efectivo: \$3,420,500.00
Valor Cheque: \$0.00
Costo Transacción: \$0.00
Referencia 1: 001020888357
Referencia 2:
LA INFORMACION CONTENIDA EN EL PRESENTE DOCUMENTO CORRESPONDE A LA OPERACION ORDENADA AL BANCO

UNIVERSIDAD CATÓLICA de Colombia
Vigilada Mineducación

NIT: 860.028.971 - 9
www.ucatolica.edu.co
PBX: 001 4 43 37 00
Av. Caracas No. 46 - 72, sede Los Tames, Bogotá

COPIA PARA LA UNIVERSIDAD

REFERENCIA: 1020888357
CODIGO DEL ALUMNO: 5200795
FECHA DE EXPEDICION: 03/07/2025

ALUMNO: LAURA VALENTINA GOMEZ NIÑO
FACULTAD: PREGRADO FAC. INGENIERIA

INGRESO: 2022-1 IDENTIFICACIÓN: 1019602873

Pagos en EFECTIVO, O CHEQUE DE GERENCIA, de FONDO de CESANTIAS o MIXTO en:
Banco Caja social - Banco Davivienda - Banco Occidente - Banco Bogotá - BanColombia

CONCEPTOS	VALORES
POR ABONO A MATRICULA	\$3,420,500
PAGO OPORTUNO	09/07/2025 \$3,420,500
PAGO EXTRAORDINARIO	09/07/2025 \$3,420,500

TOTAL CONSIGNADO:

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

UIP: 1019602873

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35681789

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Notaría Notaria Número 06 Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código A 5 C

Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía
COLOMBIA DISTRITO CAPITAL BOGOTÁ

Datos del inscrito
Primer Apellido GOMEZ Segundo Apellido NIÑO

Nombre(s)
LAURA VALENTINA

Fecha de nacimiento Mes J U N Día 2 3 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo Sanguineo A Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)
COLOMBIA DISTRITO CAPITAL BOGOTÁ

Tipo de documento antecedentes o Declaración en Juicio Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO NACIDO VIVO A 5772454

Datos de la madre
Apellidos y nombres completos NIÑO CORTES ANGELICA MARIA

Documento de identificación (Clase y número) G.C. 52.082.179 BOGOTÁ Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre
Apellidos y nombres completos GOMEZ FUSGA JOSE MIGUEL

Documento de identificación (Clase y número) G.C. 79.162.455 UBATE Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos GOMEZ FUSGA JOSE MIGUEL

Documento de identificación (Clase y número) G.C. 79.162.455 UBATE Firma

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 2004 Mes JUL Día 21

Nombre y firma del funcionario que autoriza
JUAN MANUEL BÓRNERO MEDINA

Reconocimiento paterno
NOTARIA SEXTA DE BOGOTÁ D.C.
Firma S. FIEL COPIA DE SU ORIG. SE EXPIDE

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
JUAN MANUEL BÓRNERO MEDINA

Fecha de inscripción Año 2004 Mes JUL Día 21

Nombre y firma del funcionario que autoriza
JUAN MANUEL BÓRNERO MEDINA

Reconocimiento paterno
NOTARIA SEXTA DE BOGOTÁ D.C.
Firma S. FIEL COPIA DE SU ORIG. SE EXPIDE

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
JUAN MANUEL BÓRNERO MEDINA

Fecha de inscripción Año 2004 Mes JUL Día 21

Nombre y firma del funcionario que autoriza
JUAN MANUEL BÓRNERO MEDINA

Reconocimiento paterno
NOTARIA SEXTA DE BOGOTÁ D.C.
Firma S. FIEL COPIA DE SU ORIG. SE EXPIDE

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
JUAN MANUEL BÓRNERO MEDINA

Fecha de inscripción Año 2004 Mes JUL Día 21

Nombre y firma del funcionario que autoriza
JUAN MANUEL BÓRNERO MEDINA

Reconocimiento paterno
NOTARIA SEXTA DE BOGOTÁ D.C.
Firma S. FIEL COPIA DE SU ORIG. SE EXPIDE

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
JUAN MANUEL BÓRNERO MEDINA

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO