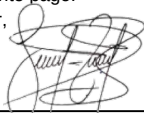


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional		91
			Código Centro		951710
			Fecha Elaboración		Octubre de 2025
			Versión		ENERO - 2.25
		ID de Proceso		24688-938619	
REGIONAL AMAZONAS					
CENTRO PARA LA BIODIVERSIDAD Y EL TURISMO DEL AMAZONAS					
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1					
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos: KARLA NATALIA CAMPOS PORTELA			Banco a consignar: BANCOLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía: 1.110.554.634			Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: kcampos@sena.edu.co			Número de Cuenta: 71870843784		
IP/N° de contacto: 3214281619			Presta Servicios Excluidos de IVA: SI		
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 SI					
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					
N° del contrato: 7926357/2025		N° Compromiso SIIF 35225		Número de pagos durante la vigencia del contrato 6	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN TITULADA, COMPLEMENTARIA, EDTS Y/O SEGUIMIENTO A LA ETAPA PRODUCTIVA EN TODAS LAS MODALIDADES DE FORMACION (PRESENCIAL, VIRTUAL Y/O A DIST. RAD. 91-9-2025-001716			
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del 01/10/2025 Al 31/10/2025		Saldo Anterior del Contrato: \$ 10.667.648			
Número de pago 5		Valor Total del Contrato: \$ 30.580.591			
Valor Bruto Pago: \$ 5.333.824,00		Nuevo Saldo del Contrato: \$ 5.333.824			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios \$ 5.333.824		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 \$ 5.333.824		Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 3.535.524		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
		Octubre		Setiembre	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		90053519	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 2.133.530		\$ 2.133.530	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 266.700		\$ 266.700	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 341.400		\$ 341.400	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0	
ARL I		\$ 11.200		\$ 11.200	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -			
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -			
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -			
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -			
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -			
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -			
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -			
Dependientes hasta		\$ -			
Salud hasta \$ 796.784		\$ -			
Renta Exenta 25% \$19.670.605		\$ 1.179.000			
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 4.401.000					
Retención en la Fuente Contingente \$					
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA 3.535.524,00	
				Base retención en la fuente a titulo de ICA 5.333.824,00	
				Valor base IVA 0,00	
				IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
				Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%	
				Menos Retencion IVA 0,00 15%	
				Reteica - 8299 - LETICIA 37.337,00 0,700%	
				- 0,00 0%	
				- 0,00 0%	
				- 0,00 0%	
				- 0,00 0%	
				Pro-Univesidad de la Amazonia 53.338,00 1,000%	
				Otras Retenciones 0,00 0,000%	
				Otras Retenciones 0,00 0,000%	
				Otras Retenciones 0,00 0,000%	
				Otras Retenciones 0,00 0,000%	
				0,00	
				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
				VALOR A PAGAR \$5.243.149,00	
SON: CINCO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL CIENTO CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
1. Jefes de área Fichas No. 3338488, 3338457 y 3338475. Trabajador autorizado Fichas No. 3338469, 3338454 y 3338476.					
2. Formación titulada de Auxiliar en información turística - selección de equipos Ficha No. 3171564					
3. Formación titulada de Sistemas agropecuarios ecológicos Ficha No. 3291298					
4. Horario de Formación: Lunes, Martes, Miércoles, Jueves, Viernes, Sábado y Domingo. Total estimado en horas: 40 horas.					
5. Competencia Técnica Desarrollada en el Periodo: 220601039 CONTROLAR LOS RIESGOS DE TRABAJOS EN ALTURAS DE ACUERDO CON NORMATIVA					
6. Competencia Técnica Desarrollada en el Periodo: 220601038 TRABAJAR EN ALTURAS DE ACUERDO CON NORMATIVA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO					
7. Ciudad Formación: LETICIA Sitio de Formación: Centro para la Biodiversidad y el turismo. Ambiente de Formación: Pista de Alturas					
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					
			KARLA NATALIA CAMPOS PORTELA 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.					
			JOSE DANILO ARANGO BARRAGAN INSTRUCTOR G16		
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					
PABLO FERNANDO HURTADO CUEVAS					
SUBDIRECTOR DE CENTRO (E) CON FUNCIONES DE DIRECTOR REGIONAL					

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1110554634	KARLA NATALIA CAMPOS PORTELA		Manzana 54 Casa 2 Apto 301 Jordan 8 etapa	3214281619	karlacportela@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLÉADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-09	2025-09	I	24/09/2025	90053519	TOTAL A PAGAR \$650.800

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	266.700	0		0		0	0	0	0	266.700	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	341.400	0	0	0	0	0	0		341.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	42.700	0	0	42.700	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	266.700	266.700
Pensión	1	341.400	341.400
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	42.700	42.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	650.800	650.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1110554634	KARLA NATALIA CAMPOS PORTELA		Manzana 54 Casa 2 Apto 301 Jordan 8 etapa	3214281619	karlacportela@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-09	2025-09	I	24/09/2025	90053519	10
					TOTAL A PAGAR
					\$650.800

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN								
1	CC	1110554634	CAMPOS PORTELA KARLA NATALIA	3	0		N																				230201	2.133.530	341.400	0	0	0	0	0	EPS002	2.133.530	266.700		0		0	CCF24	2.133.530	42.700	0	0	0	0	0

PAGADA