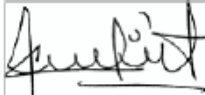
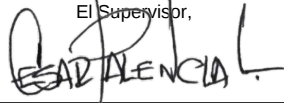


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional		68
			Código Centro		954610
			Fecha Elaboración		Octubre de 2025
			Versión		ENERO - 2.25
				ID de Proceso	11312-967879
REGIONAL SANTANDER					
CENTRO DE GESTION AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A LA					
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1					
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos: KAREN LISSETE LEON ANGARITA			Banco a consignar: BANCOLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía 33.377.297			Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: klleona@sena.edu.co			Número de Cuenta: 26231753060		
IP/Nº de contacto:			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 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: 7844277/2025		Nº Compromiso SIIF 110625		Número de pagos durante la vigencia del contrato 8	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA LA ORIENTACIÓN DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y TITULADA SEGÚN LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CGAO SENA REGIONAL SANTANDER; EN EL ÁREA DE TURISMO			
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del 01/10/2025		Al 31/10/2025		Saldo Anterior del Contrato: \$ 12.616.200	
Número de pago 6				Valor Total del Contrato: \$ 34.034.400	
Valor Bruto Pago: \$ 4.401.000,00				Nuevo Saldo del Contrato: \$ 8.215.200	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios \$ 4.401.000		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 \$ 4.401.000		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.910.800		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
		Octubre		Setiembre	
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----		7987786994	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.760.400		\$ 1.760.400	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 220.100		\$ 220.100	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 281.700		\$ 281.700	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0	
ARL II		\$ 18.400		\$ 18.400	
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% \$26.227.473		\$ 970.000			
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 5.675.000					
Retención en la Fuente Contingente \$					
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA 2.910.800,00	
				Base retención en la fuente a titulo de ICA 4.401.000,00	
				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 - 8560 - VELEZ 8.802,00 0,200%	
				0,00 0%	
				0,00 0%	
				0,00 0%	
				0,00 0%	
				0,00 0%	
				Otras Retenciones 0,00 0,000%	
				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 \$4.392.198,00	
SON: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL CIENTO NOVENTA Y OCHO PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
FICHA:3345992 FECHA:1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31 HORARIO:13:00 A 17:00 PM					
HORAS:108					
FICHA: 3346038 FECHA:1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31 HORARIO:18:00 A 22:00 PM					
HORAS:108					
TOTAL HORAS MES: 216					
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			 KAREN LISSETE LEON ANGARITA 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.					
			CESAR FERNANDO PALENCIA LOPEZ INSTRUCTOR G12		
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 GONZALEZ FRANCO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02					

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:					CÉDULA DE CIUDADANÍA					NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:					33377297				
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:					KAREN LISSETTE LEON ANGARITA					NÚMERO PLANILLA:					7987786994				
CIUDAD/MUNICIPIO:					BOYACA					PERIODO COTIZACIÓN OTROS					MES septiembre AÑO 2025				
DIRECCIÓN:					7777777					DÍAS DE MORA:					0				
TIPO APORTANTE:					I-INDEPENDIENTE					FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):					2025/10/20				
TIPO EMPRESA:					ACTIVIDADES REGULADORAS Y FACILITADORAS DE LA ACT					NÚMERO AUTORIZACIÓN:					1865023058				
FORMA DE PRESENTACIÓN:					UNICO														
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):					NO														

TOTAL APORTES A PENSIÓN																	
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES							
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO					
231001	231001-COLFONDOS	1	\$ 281.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 281.700	\$ 0	\$ 281.700					
SUBTOTALES:										\$ 281.700	\$ 0	\$ 281.700					

TOTAL APORTES A SALUD																		
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES					
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO		
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 220.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 220.100	\$ 0	\$ 0		\$ 220.100		
SUBTOTALES:												\$ 220.100	\$ 0	\$ 0		\$ 220.100		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 18.400	\$ 18.400	\$ 0	\$ 0	\$ 18.400
SUBTOTALES:									\$ 18.400	\$ 0	\$ 0	\$ 18.400

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR						
ADMINISTRADORA				No. COTIZANTES	TOTALES	
CÓDIGO	NOMBRE				APORTES	VALOR PAGADO
CCF10	CCF10-COMFABOY			1	\$ 10.600	\$ 0
SUBTOTALES:					\$ 10.600	\$ 0

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																													
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL														PARAFISCALES																											
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN														SALUD				ARP				DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU					
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APOORTE	DÍAS COT			IBC	ADMIN					TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE
																															SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																											
1	CC 33377297	LEON ANGARITA KAREN LISSETTE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.760.400				NO																		231001-COLFONDOS	30	1.760.400	\$ 281.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 281.700	EPS037-NUEVA EPS	30	1.760.400	\$ 220.100	\$ 0	\$ 220.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.760.400	\$ 33377297	\$ 18.400	30	1.760.400	\$ CCF10-COMFABOY	\$ 10.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0						

TOTAL PAGADO: \$ 530.800